



2026



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

## Su cobertura médica y de medicamentos con Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (HMO)

El Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Special Needs Plan, D-SNP) Advantage de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan ayuda con la atención y los beneficios tanto de Medicare como de Medi-Cal. Esto incluye:

- Servicios cubiertos por Medicare.
- Servicios cubiertos por Medi-Cal.

Servicios no cubiertos por Medicare. Los beneficios y servicios dependen de la elegibilidad. Este Manual para miembros describe los beneficios y servicios.

## Introducción al Manual para miembros

Este *Manual para miembros*, también conocido como *Evidencia de cobertura*, le informa sobre la cobertura que ofrece nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2026. Explica los servicios de atención médica, servicios de salud conductual (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias), cobertura de medicamentos, y servicios y apoyos a largo plazo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual para miembros*.

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

Cuando en este *Manual para miembros* se mencione “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP.

Este documento está disponible de forma gratuita en español, camboyano y vietnamita.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio, llamando a Servicio al Cliente al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis.

Llámenos para decirnos su idioma o formato preferido. Le preguntaremos si la solicitud es para un documento o para todos.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Si solicita inglés, español, camboyano, vietnamita u otro formato para todos los documentos, esto se denomina solicitud permanente. Su preferencia se mantendrá en nuestro sistema para todos los correos y comunicaciones futuros. Solo tiene que solicitar estas opciones una vez. Para otros idiomas, se debe hacer la solicitud para cada documento.

Para actualizar sus preferencias en cualquier momento, llame al 1-888-361-7526 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

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

**ATTENTION:** If you need help in your language, call **1-888-361-7526 (TTY: 711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-888-361-7526 (TTY: 711)**. These services are free of charge.

### العربية (Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-888-361-7526 (TTY: 711)**. تتوفر أيضا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والخط الكبير. اتصل بـ **1-888-361-7526 (TTY: 711)** هذه الخدمات مجانية

### Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, գանգահարեք **1-888-361-7526 (TTY: 711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-888-361-7526 (TTY: 711)**: Այս ծառայություններն անվճար են:



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## **中文 (Chinese)**

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-888-361-7526, TTY 711**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-888-361-7526 (TTY: 711)**。这些服务都是免费的。

## **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ **1-888-361-7526 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-888-361-7526 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

## **हिंदी (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो **1-888-361-7526 (TTY: 711)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-888-361-7526 (TTY: 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## **Hmoob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-888-361-7526 (TTY: 711)**. Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-888-361-7526 (TTY: 711)**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

## **日本語 (Japanese)**

注意：日本語の対応が必要な場合は、**1-888-361-7526 (TTY: 711)**へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスを用意しています。**1-888-361-7526 (TTY: 711)**へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

## **한국어 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-888-361-7526 (TTY: 711)** 번으로 의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-888-361-7526 (TTY: 711)** 번으로 의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## **ພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ  
ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-888-361-7526 (TTY: 711)**.

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ:  
ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມີໂຕພິມໃຫຍ່, ໃຫ້ໂທຫາເບີ  
**1-888-361-7526 (TTY: 711)**.

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໆ

## **Mien**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih  
qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor  
douc waac daaih lorx taux **1-888-361-7526 (TTY: 711)**.

Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux  
ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx  
nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv  
benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac  
daaih lorx **1-888-361-7526 (TTY: 711)**. Naaiv deix nzie  
weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv  
zuqc cuotv nyaanh oc.

## **ខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក

សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-361-7526 (TTY: 711)**។ ជំនួយ

និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ

ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការ

និងជាពុម្ពអក្សរធំក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅលេខ **1-**

**888-361-7526 (TTY: 711)**។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ ។



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

### **فارسی (Farsi)**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-888-361-7526 (TTY: 711)** تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-888-361-7526 (TTY: 711)** تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

### **Русский (Russian)**

**ВНИМАНИЕ!** Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-888-361-7526 (TTY: 711)**. Предоставляются также средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-888-361-7526 (TTY: 711)**. Такие услуги предоставляются бесплатно

### **Español (Spanish)**

**ATENCIÓN:** si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-888-361-7526 (TTY: 711)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-888-361-7526 (TTY: 711)**. Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog (Filipino)**

**ATENSIYON:** Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-888-361-7526 (TTY: 711)**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al **1-888-361-7526 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



malaking print. Tumawag sa **1-888-361-7526 (TTY: 711)**.  
Libre ang mga serbisyong ito.

### ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-888-361-7526 (TTY: 711)**. นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วย ตัวอักษรขนาดใหญ่. กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-888-361-7526 (TTY: 711)**. ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้.

### Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-888-361-7526 (TTY: 711)**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на Номер **1-888-361-7526 (TTY: 711)**. Ці послуги безкоштовні.

### Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-888-361-7526, TTY 711**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và bản in khổ chữ lớn. Vui lòng gọi số **1-888-361-7526, TTY 711**. Các dịch vụ này đều miễn phí.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## Otros idiomas

Puede obtener este *Manual para miembros* y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP ofrece traducciones escritas de traductores calificados. Llame al 1-888-361-7526 (TTY 711). La llamada es gratis. Lea este *Manual para miembros* para obtener más información sobre los servicios de asistencia lingüística para la atención médica, como servicios de interpretación y traducción.

## Otros formatos

Puede obtener esta información, de manera oportuna, en otros formatos como braille, letra grande de 20 puntos, formato de audio y formatos electrónicos accesibles (CD de datos) sin costo para usted. Llame al 1-888-361-7526 (TTY 711). La llamada es gratis.

## Servicios de intérprete

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP proporciona servicios de interpretación oral, además de lenguaje de señas, por parte de un intérprete calificado, las 24 horas del día, sin costo alguno para usted. Usted no tiene que usar a un familiar o amigo como intérprete. No recomendamos que los menores de edad actúen como intérpretes, a menos que sea una emergencia. Los servicios de intérpretes, lingüísticos y culturales están disponibles gratis. La asistencia está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



---

**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Para obtener ayuda lingüística o para recibir este manual en otro idioma, llame al 1-888-361-7526 (TTY 711). La llamada es gratis.



---

**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## Índice

---

|                                                                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Capítulo 1: Comenzar como miembro .....                                                                                                    | 12  |
| Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes.....                                                                                | 24  |
| Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para la atención médica y otros servicios<br>cubiertos.....                                         | 47  |
| Capítulo 4: Tabla de beneficios .....                                                                                                      | 74  |
| Capítulo 5: Obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio .....                                                                       | 156 |
| Capítulo 6: Lo que usted paga por medicamentos de Medicare y Medi-Cal .....                                                                | 178 |
| Capítulo 7: Solicitar que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que<br>recibió por servicios o medicamentos cubiertos ..... | 194 |
| Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades .....                                                                                         | 202 |
| Capítulo 9. Qué hacer si tiene algún problema o una queja (decisiones de cobertura,<br>apelaciones, quejas) .....                          | 222 |
| Capítulo 10: Finalizar su membresía en nuestro plan .....                                                                                  | 276 |
| Capítulo 11: Avisos legales .....                                                                                                          | 287 |
| Capítulo 12: Definiciones de términos importantes .....                                                                                    | 291 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## Descargos de responsabilidad

- Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP es un plan HMO que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal. La inscripción en Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP depende de la renovación del contrato.
- Es posible que apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP o lea el Manual para miembros. Esto significa que es posible que tenga que pagar por algunos servicios y que debe seguir ciertas reglas para que Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP pague por sus servicios.
- La Lista de medicamentos cubiertos y/o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de hacer un cambio que le afecte.
- Los beneficios y/o copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- Nuestros medicamentos cubiertos, red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## Capítulo 1: Comenzar como miembro

---

### Introducción

Este capítulo incluye información sobre Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y coordina todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal, así como su membresía en el plan. También le indica qué debe esperar y qué otra información recibirá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

### Índice

|                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| A. Bienvenido a nuestro plan .....                                             | 13 |
| B. Información acerca de Medicare y Medi-Cal.....                              | 13 |
| B1. Medicare.....                                                              | 13 |
| B2. Medi-Cal .....                                                             | 14 |
| C. Ventajas de nuestro plan .....                                              | 14 |
| D. Área de servicio de nuestro plan .....                                      | 15 |
| E. ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan? .....                   | 16 |
| F. Qué debe esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud..... | 16 |
| G. Su equipo de atención y plan de atención .....                              | 17 |
| G1. Equipo de atención .....                                                   | 17 |
| G2. Plan de atención .....                                                     | 18 |
| H. Resumen de costos importantes .....                                         | 18 |
| H1. Monto del pago de medicamentos recetados de Medicare .....                 | 18 |
| I. Este Manual para miembros .....                                             | 19 |
| J. Otra información importante que recibirá de nosotros .....                  | 19 |
| J1. Su tarjeta de identificación de miembro .....                              | 19 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| J2. Directorio de proveedores y farmacias.....              | 20 |
| J3. Lista de medicamentos cubiertos.....                    | 22 |
| J4. Explicación de beneficios.....                          | 22 |
| K. Mantener actualizado su registro de miembro .....        | 23 |
| K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)..... | 23 |

---

## A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan ofrece servicios de Medicare y Medi-Cal a las personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También contamos con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

- Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP le ayudará a administrar su atención médica al:
  - Pagar sus servicios de atención médica
  - Pagar sus medicamentos recetados
  - Brindarle acceso a una red de proveedores con médicos de atención primaria (primary care physicians, PCP), dentistas, especialistas, clínicas, farmacias y hospitales
  - Ayudarle a encontrar servicios de salud conductual y apoyos a largo plazo
  - Proporcionar coordinación de la atención para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Esto garantiza que todos trabajen juntos para alcanzar sus objetivos de salud

---

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

### B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- personas de 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades, y



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- personas con enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal).

## B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es gestionado por el estado y es pagado por el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) y los costos médicos. Cubre los servicios adicionales y los medicamentos no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- lo que cuenta como ingresos y recursos,
- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos, y
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando adopten las normas federales.

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

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

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

---

## C. Ventajas de nuestro plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal por parte de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **No tiene que pagar ningún costo adicional para unirse a este plan de salud.**

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

- Puede trabajar con nosotros para la mayoría de sus necesidades de atención médica.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



- Cuenta con un equipo de atención que usted ayuda a conformar. Su equipo de atención puede incluirlo a usted, su cuidador, médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de atención. Es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudar a elaborar un plan de atención.
- Puede dirigir su propia atención médica con la ayuda de su equipo de atención y coordinador de atención.
- Su equipo de atención y su coordinador de atención trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de lo siguiente:
  - Sus médicos conocen todos los medicamentos que toma, por lo que pueden asegurarse de que está tomando los medicamentos correctos y pueden reducir cualquier efecto secundarios que pueda tener de los medicamentos.
  - Los resultados de las pruebas se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

### **Nuevos miembros de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan**

**Advantage D-SNP:** En la mayoría de los casos, se le inscribirá en Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a la fecha en que solicite inscribirse en Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Es posible que aún reciba los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. No habrá ninguna brecha en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene preguntas, llámenos al 1-888-361-7526 (TTY: 711).

---

## **D. Área de servicio de nuestro plan**

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: San Joaquin, Stanislaus, Alpine y El Dorado.

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



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

**No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio.** Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

---

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

Usted es elegible para nuestro plan siempre que:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área incluso si están ubicadas físicamente en ella), y
- tenga 21 años de edad o más en el momento de la inscripción, y
- cuente con la Parte A y la Parte B de Medicare; y
- sea ciudadano de los Estados Unidos o tenga presencia legal en los Estados Unidos, y
- actualmente sea elegible para Medi-Cal.

Si pierde la elegibilidad para Medi-Cal, pero se espera que la recupere dentro de 5 (cinco meses), entonces aún es elegible para nuestro plan.

Llame al Servicio al Cliente para obtener más información.

---

## F. Qué debe esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos de salud (health risk assessment, HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de entrada en vigencia de su inscripción.

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

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

Le enviaremos más información acerca de esta HRA.

**Si nuestro plan es nuevo para usted**, puede seguir usando los médicos que visita ahora durante un cierto tiempo, incluso si no están en nuestra red. Esto se llama continuidad de la atención. Si no están en nuestra red, puede conservar sus



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

proveedores y autorizaciones de servicio actuales al momento de inscribirse por hasta 12 meses si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- Usted, su representante o su proveedor nos solicita que le permitamos seguir usando su proveedor actual.
- Establecemos que usted tenía una relación existente con un proveedor de atención primaria o especialista, con algunas excepciones. Cuando decimos “relación existente”, significa que usted acudió a un proveedor fuera de la red al menos una vez para una visita que no era de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.
  - Determinamos una relación existente mediante la revisión de la información médica disponible o la información que usted nos proporciona.
  - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. Puede pedirnos que tomemos una decisión más rápido, y debemos responderle en 15 días. Puede hacer esta solicitud llamando al 1-888-361-7526 (TTY: 711). Si corre riesgo de sufrir daños, debemos responderle en un plazo de 3 días.
  - Usted o su proveedor deben mostrar documentación de una relación existente y aceptar ciertos términos cuando hace la solicitud.

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

Una vez finalizado el período de continuidad de la atención, deberá acudir a médicos y otros proveedores de la red de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP, 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** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre cómo recibir atención médica.

---

## G. Su equipo de atención y plan de atención

### G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención u otra persona de salud que usted elija.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Un coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarlo a administrar la atención que necesita. Obtiene un coordinador de atención cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo deriva a otros recursos comunitarios que nuestro plan puede no proporcionar y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que figuran en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su coordinador de atención y su equipo de atención.

## G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. Un plan de atención les dice a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye su atención médica, salud conductual y LTSS u otros servicios.

Su plan de atención incluye:

- sus necesidades sociales y de salud, que refleja los servicios que recibirá para alcanzar y mantener su mejor bienestar físico, mental y social,
- sus objetivos de atención médica, y
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de su HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan acerca de los servicios que quizá quiera considerar obtener. Su plan de atención se crea en función de sus necesidades y objetivos. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.

---

## H. Resumen de costos importantes

Nuestro plan no tiene prima.

- Monto del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (**Sección H1**)

En algunas situaciones, su prima del plan puede ser menor.

### H1. Monto del pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, recibirá una factura del plan por los medicamentos (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier receta que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

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

## I. Este Manual para miembros

Este *Manual para miembros* es parte del contrato que tenemos con usted. Esto significa que tenemos que obedecer todas las reglas que contiene este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual para miembros* llamando a Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de esta página. También puede consultar el *Manual para miembros* que se encuentra en nuestro sitio web en la dirección web que figura en la parte inferior de la página.

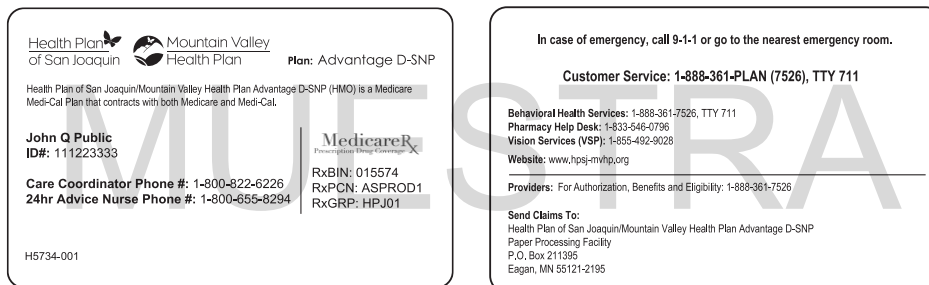
El contrato está vigente durante los meses en que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

## J. Otra información importante que recibirá de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de identificación (ID) de miembro, un *Directorio de proveedores y farmacias*, una *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos* o *Formulario*.

### J1. Su tarjeta de identificación de miembro

De conformidad con nuestro plan, usted dispone de una tarjeta para los servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos los Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), determinados servicios de salud conductual y medicamentos recetados. Usted muestra esta tarjeta cuando obtiene cualquier servicio o receta. A continuación, se muestra un ejemplo de la tarjeta de ID de miembro:



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Si su tarjeta de ID de miembro sufre algún daño, la pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras usted sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de Medi-Cal para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, el proveedor puede facturar a Medicare en lugar de nuestro plan, y es posible que reciba una factura. Se le puede pedir que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de un centro de cuidados paliativos (hospicio) o participa en estudios de investigación clínica (también llamados ensayos clínicos) aprobados por Medicare. Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

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

- Servicios de salud mental de especialidad que puede recibir del Plan de salud mental del condado, Behavioral Health Recovery Services (Servicios de recuperación de la salud conductual).
- Medicamentos que no están cubiertos a través de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP, pero que en cambio están cubiertos a través de Medi-Cal Rx, como algunos medicamentos de venta libre y ciertas vitaminas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para obtener una lista de farmacias de la red de Medi-Cal. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273. Cuando se usa la tarjeta BIC de Medi-Cal para adquirir medicamentos que no están cubiertos por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP, Medi-Cal Rx es responsable de procesar la receta. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para obtener una lista de farmacias de la red de Medi-Cal Rx.

## J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye los nombres de los proveedores y las farmacias que se encuentran dentro de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (de forma electrónica o impresa) llamando a Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página. Las solicitudes de los Directorios de proveedores y farmacias impresos se le enviarán por correo postal en un plazo de tres días hábiles.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en la dirección web que figura en la parte inferior de la página.

El Directorio de proveedores y farmacias incluye a los médicos, enfermeros y trabajadores de la atención médica según su especialidad. Algunos ejemplos son la alergia o la radiología. Cada lista mostrará la información básica sobre el proveedor o la farmacia:

- Ubicación, horario y número de teléfono.
- Si acepta pacientes nuevos.
- Qué idiomas habla el personal además del inglés.
- Accesibilidad para discapacitados.
- Si el lugar está cerca del transporte público.

#### Definición de los proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red incluyen:
  - médicos, enfermeros y otros profesionales de la atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
  - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios médicos en nuestro plan; y
  - LTSS, servicios de salud conductual, agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otras personas que proporcionan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medi-Cal.

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

#### Definición de las farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros del plan. Use el Directorio de proveedores y farmacias para encontrar la farmacia de la red que desea usar.
- Salvo durante una emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Llame a Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página para obtener más información. Tanto Servicio al Cliente como nuestro sitio web pueden



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

proporcionarle la información más actualizada respecto a los cambios que afecten a las farmacias y proveedores de la red.

### J3. Lista de medicamentos cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos *Lista de medicamentos*, para abreviar. Le indica los medicamentos que cubre nuestro plan. El plan selecciona los medicamentos incluidos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Price Negotiation Program) se incluirán en la *Lista de medicamentos*, a menos que hayan sido retirados y reemplazados, como se describe en la **Sección B del Capítulo 5**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP.

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

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, aunque puede ser que ocurran algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio web en la dirección que figura en la parte inferior de la página.

### J4. Explicación de beneficios

Cuando utiliza los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para que pueda entender y llevar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este resumen se denomina *Explicación de beneficios* (Explanation of Benefits, EOB).

La EOB le indica el monto total que usted, u otras personas en su lugar, gastaron en sus medicamentos de la Parte D de Medicare y el monto total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB contiene más información acerca de los medicamentos que toma, como los incrementos de precio y otros medicamentos con un costo compartido menor que puedan estar disponibles. Puede hablar con el prescriptor sobre estas opciones de menor costo. El **Capítulo 6** de este *Manual para miembros* proporciona más información sobre la EOB y cómo le ayuda a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

Puede solicitar una EOB usted mismo. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



---

## K. Mantener actualizado su registro de miembro

Puede mantener actualizado su registro de miembro indicándonos cuando haya cambios en su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos la información correcta en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan usan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costos compartidos. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de inmediato sobre lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como por ejemplo, de parte de su empleador, del empleador de su cónyuge, o del empleador de su pareja de hecho, o de la indemnización de los trabajadores;
- cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico;
- admisión en un centro de enfermería o en un hospital;
- atención de un hospital o sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o en cualquier persona responsable de usted); y
- si participa en un estudio de investigación clínica. (Nota: No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que tenga la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna información cambia, llame a Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página.

### K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)

La información en su registro de miembro puede incluir información médica personal (personal health information, PHI). Las leyes federales y estatales nos exigen que mantengamos su PHI privada. Nosotros protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual para miembros*.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

---

### Introducción

Este capítulo le proporciona información de contacto para acceder a recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede consultar este capítulo para obtener información acerca de cómo comunicarse con su coordinador de atención y otros para que aboguen en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

### Índice

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| A. Servicio al Cliente .....                                                        | 24 |
| B. Su coordinador de atención .....                                                 | 28 |
| C. Programa de Asesoría y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) .....                  | 29 |
| D. Línea telefónica de asesoramiento de enfermería .....                            | 31 |
| E. Línea de crisis de salud conductual .....                                        | 32 |
| F. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) .....                      | 33 |
| G. Medicare .....                                                                   | 34 |
| H. Medi-Cal .....                                                                   | 36 |
| I. Oficina del Defensoría de Atención Administrada y Salud Mental de Medi-Cal ..... | 37 |
| J. Servicios Sociales del Condado .....                                             | 38 |
| K. Agencia de Servicios de Salud Conductual del Condado .....                       | 40 |
| L. Departamento de Atención Médica Administrada de California .....                 | 41 |
| M. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos .....              | 42 |
| M1. Ayuda adicional de Medicare .....                                               | 42 |
| M2. Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) .....            | 43 |
| M3. Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare .....                        | 43 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------|----|
| N. Seguro Social .....                                       | 43 |
| O. Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) ..... | 44 |
| P. Otros recursos .....                                      | 45 |
| Q. Medi-Cal Dental .....                                     | 45 |

---

## A. Servicio al Cliente

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME</b>     | 1-888-361-7526 La llamada es gratis.<br><br>De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.<br><br>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés. |
| <b>TTY</b>       | 711. La llamada es gratis.<br><br>De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.                                                                                                             |
| <b>FAX</b>       | 1-209-461-2550                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>ESCRIBA</b>   | 7751 South Manthey Road, French Camp, CA 95231                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>SITIO WEB</b> | <a href="http://www.hpsj-mvhp.org">www.hpsj-mvhp.org</a>                                                                                                                                                                                                                                         |

Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener ayuda con:

- preguntas sobre el plan
- preguntas acerca de reclamos o facturación
- decisiones de cobertura sobre su atención médica
  - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
    - sus beneficios y servicios cubiertos, o
    - el monto que pagamos por sus servicios de salud.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- apelaciones sobre su atención médica
  - Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión de una decisión que tomamos respecto de la cobertura y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o si no está de acuerdo con la decisión.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* o comuníquese con Servicio al Cliente.
- quejas sobre su atención médica
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluidos los proveedores que no pertenecen a la red o que pertenecen a la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección F**).
  - Puede llamarnos y explicar su queja al 1-888-361-7526, TTY 711.
  - Si la queja es sobre con una decisión de cobertura relacionada con la atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior) y el **Capítulo 9**.
  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en [www.medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). O llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - Puede presentar una queja sobre nuestro plan ante el Programa de Defensoría de Medicare y Medi-Cal llamando al 1-855-501-3077.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
  - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- sus beneficios y medicamentos cubiertos, o
- el monto que pagamos por sus medicamentos.
- Los medicamentos no cubiertos por Medicare, como los medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273.
- Para obtener más información sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- apelaciones sobre sus medicamentos
  - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- quejas sobre sus medicamentos
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos.
  - Si su queja está relacionada con una decisión de cobertura sobre los medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior: apelaciones sobre su atención médica).
  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en [www.medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- pago de atención médica o medicamentos por los que usted ya pagó
  - Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP no es responsable de reembolsarle por un medicamento que únicamente está cubierto por Medi-Cal Rx. Si usted paga el costo total de un medicamento que está cubierto por Medi-Cal Rx o por nosotros, la farmacia puede reembolsarle una vez que Medi-Cal Rx pague el medicamento. También puede solicitarle a Medi-Cal Rx que le reembolse haciendo un reclamo de “Reembolso de gastos de bolsillo de Medi-Cal



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

(Conlan)". Visite el sitio web de Medi-Cal Rx para obtener más información: <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

- Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*.
- Si nos pide que paguemos una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

---

## B. Su coordinador de atención

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME</b>     | 1-800-822-6226 La llamada es gratis.<br><br>De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.<br><br>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés. |
| <b>TTY</b>       | 711. La llamada es gratis.<br><br>De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.                                                                                                             |
| <b>FAX</b>       | 1-209-461-2550                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>ESCRIBA</b>   | 7751 South Mantney Road, French Camp, CA 95231                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>SITIO WEB</b> | <a href="http://www.hpsj-mvhp.org">www.hpsj-mvhp.org</a>                                                                                                                                                                                                                                         |

Comuníquese con su coordinador de atención para obtener ayuda con:

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas acerca de cómo obtener servicios de salud conductual (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)
- preguntas acerca de los beneficios dentales
- preguntas sobre el transporte a las citas médicas



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- preguntas acerca de los Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), incluidos los Servicios comunitarios para adultos (Community-Based Adult Services, CBAS) y los centros de enfermería (Nursing Facilities, NF)

Es posible que pueda recibir estos servicios:

- Servicios comunitarios para adultos (CBAS)
- atención de enfermería especializada
- fisioterapia
- terapia ocupacional
- terapia del habla
- servicios sociales médicos
- atención médica en el hogar
- Servicios de apoyo en el hogar (IHSS) a través de la agencia de servicios sociales de su condado
- a veces puede obtener ayuda para sus necesidades de atención médica y necesidades cotidianas

---

## C. Programa de Asesoría y Defensa de Seguros Médicos (HICAP)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se denomina Programa de Asesoría y Defensa de Seguros Médicos (Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para manejar su problema. El HICAP tiene asesores capacitados en todos los condados, y los servicios son gratuitos.

El HICAP es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que obtiene dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME</b>              | <p>Línea directa: 1-800-434-0222</p> <p>Condados de San Joaquin y El Dorado: 1-800-434-0222 o 1-916-376-8915; de lunes a viernes, de 9 a. m. a 4 p. m. (almuerzo, de 12 p. m. a 1:30 p. m.)</p> <p>Condado de Stanislaus: 1-209-558-4540; de lunes a viernes, 8 a. m. a 4 p. m.</p> <p>Condado de Alpine: 1-209-532-6272 ext. 226; de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.</p> |
| <b>TTY</b>                | 711                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>ESCRIBA</b>            | <p>Condado de Alpine: 19074 Standard Road, Suite A, Sonora, CA 95370</p> <p>Condados de El Dorado y San Joaquin: 505 12th Street, Sacramento, CA 95814</p> <p>Condado de Stanislaus: 3500 Coffee Road, Suite 19, Modesto, CA 95355</p>                                                                                                                                          |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> | <p>Condado de Alpine: <a href="mailto:info@area12.org">info@area12.org</a></p> <p>Condados de El Dorado y San Joaquin: <a href="mailto:jtan@lsnc.net">jtan@lsnc.net</a></p> <p>Condado de Stanislaus: <a href="mailto:florescr@stancounty.com">florescr@stancounty.com</a></p>                                                                                                  |
| <b>SITIO WEB</b>          | <a href="https://cahealthadvocates.org/hicap/">https://cahealthadvocates.org/hicap/</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

Póngase en contacto con el HICAP para obtener ayuda con:

- preguntas sobre Medicare
- Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarle a:
  - comprender sus derechos,
  - comprender sus opciones de plan,
  - responder preguntas sobre cómo cambiar de plan,
  - presentar quejas acerca de su tratamiento o atención médica, **y**
  - ayudar con problemas de facturación o reclamos.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



---

## D. Línea telefónica de asesoramiento de enfermería

Puede comunicarse con la Línea telefónica de asesoría de enfermería si tiene preguntas sobre su salud o su atención médica.

|              |                                                                                                                                                                                              |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME</b> | 1-800-655-8294. La llamada es gratis.<br><br>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana<br><br>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés. |
| <b>TTY</b>   | 711. La llamada es gratis.<br><br>De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre          |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## E. Línea de crisis de salud conductual

### LLAME

Llame al plan de salud mental de su condado. Para encontrar en línea los números de teléfono gratis de todos los condados, vaya a: <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx>

**Servicios de Salud Conductual del Condado de San Joaquin**  
1-888-468-9370

**Servicios de salud conductual y recuperación del condado de Stanislaus**  
1-888-376-6246

**Servicios de salud conductual el condado de Alpine**  
1-800-318-8212

**Servicios de Salud Conductual del Condado de El Dorado**  
1-800-929-1955

Si usted o alguien que conoce atraviesa una crisis, comuníquese con la Línea directa de prevención del suicidio y crisis 988. **Llame o envíe un mensaje de texto al 988 o chatee en línea en [988lifeline.org/chat](https://988lifeline.org/chat).** La Línea directa de prevención del suicidio y crisis 988 ofrece apoyo gratis y confidencial para cualquier persona en crisis, incluyendo ayuda para:

- angustia emocional
- crisis suicida
- crisis de salud mental
- crisis por consumo de sustancias

Otros números de teléfono para ayudar son la Línea nacional de prevención del suicidio 1-800-273-8255 y la Línea nacional de mensajes de texto para crisis. Envíe la palabra “Hello” (Hola) al 741741.

La llamada es gratis. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana  
Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|            |                                                                                                                                                                                     |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TTY</b> | 711. La llamada es gratis.<br><br>De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Comuníquese con la Línea de crisis de salud conductual para obtener ayuda con:

- preguntas acerca de los servicios de salud conductual y por abuso de sustancias

Si tiene preguntas acerca de los servicios de salud mental de especialidad de su condado, consulte **la Sección K**

## F. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

En nuestro estado existe una organización llamada Organización para el Mejoramiento de la Calidad Centrada en el Beneficiario y la Familia (Health Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization, BFCC-QIO) Commence Health. Este es un grupo de médicos y de otros profesionales de la atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Commence Health BFCC-QIO es una organización independiente. No tiene ningún vínculo con nuestro plan.

|                  |                                                                                |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME</b>     | 1-877-588-1123                                                                 |
| <b>TTY</b>       | TTY: 711.                                                                      |
| <b>ESCRIBA</b>   | BFCC-QIO Program<br>Commence Health<br>PO Box 2687<br>Virginia Beach, VA 23450 |
| <b>SITIO WEB</b> | <a href="#">Commence Health BFCC-QIO</a>                                       |

Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda con:

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



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- considera que su hospitalización termina antes de tiempo, o
- considera que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención médica en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminan demasiado pronto.

---

## G. Medicare

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

La agencia federal encargada de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene un contrato con las organizaciones Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

|                       |                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME</b>          | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.                                                            |
| <b>TTY</b>            | 1-877-486-2048. La llamada es gratis.<br><br>Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada. |
| <b>CHATEE EN VIVO</b> | Chatee en vivo en <a href="http://www.Medicare.gov/talk-to-someone">www.Medicare.gov/talk-to-someone</a>                                                                                   |
| <b>ESCRIBA</b>        | Escriba a Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044                                                                                                                                      |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## SITIO WEB

[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

- Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos su costo y los servicios que brindan.
- Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores y proveedores de atención médica.
- Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas, y las visitas anuales de “bienestar”).
- Obtenga información y formularios sobre las apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica en el hogar, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo.
- Busque sitios web y números telefónicos útiles.

Para enviar una queja a Medicare, vaya a [www.medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). Medicare toma las quejas con seriedad y usará dicha información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa de Medicaid de California. Este es un programa de seguro de salud público que proporciona los servicios de atención médica necesarios a personas de bajos ingresos, incluyendo familias con niños, adultos mayores, personas con discapacidades, niños y jóvenes en hogares de acogida y mujeres embarazadas. Medi-Cal es financiado con fondos del gobierno estatal y federal.

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

Usted está inscrito en Medicare y en Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame al coordinador de atención de su plan. Si tiene preguntas sobre la inscripción al plan Medi-Cal, llame a Health Care Options.

|                  |                                                                                                                                                              |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME</b>     | 1-800-430-4263<br>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.                                                                                             |
| <b>TTY</b>       | 1-800-430-7077<br>Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada. |
| <b>ESCRIBA</b>   | CA Department of Health Care Services<br>Health Care Options<br>P.O. Box 989009<br>West Sacramento, CA 95798-9850                                            |
| <b>SITIO WEB</b> | <a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov">www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov</a>                                                                     |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## I. Oficina del Defensoría de Atención Administrada y Salud Mental de Medi-Cal

La Oficina del Defensoría ayuda a resolver problemas desde un punto de vista neutral para garantizar que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos médicamente necesarios. Escucharán, responderán sus preguntas, analizarán su situación, le explicarán las políticas y procedimientos, le proporcionarán información, asesoramiento y opciones, y sugerirán derivaciones apropiadas. Su trabajo es ayudar a desarrollar soluciones justas a los problemas de acceso a la atención médica. No tienen relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los servicios no tienen costo.

|                           |                                                                                                                                                              |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME</b>              | 1-888-452-8609<br>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.                                                                                             |
| <b>TTY</b>                | 1-800-430-7077<br>Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada. |
| <b>ESCRIBA</b>            | CA Department of Health Care Services<br>Health Care Options<br>P.O. Box 989009<br>West Sacramento, CA 95798-9850                                            |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> | <a href="mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov">MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov</a>                                                                         |
| <b>SITIO WEB</b>          | <a href="http://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx">www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx</a>                                 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## J. Servicios Sociales del Condado

Si necesita ayuda con su Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (California Work Opportunity and Responsibility for Kids, CalWORKs), Servicios Comunitarios y para el Envejecimiento, IHSS (Servicios de apoyo en el hogar), Asistencia Alimentaria, Programas de Ayuda en Efectivo y Elegibilidad de Medi-Cal, comuníquese con su agencia local de Servicios Sociales del Condado. Algunos programas de asistencia de servicios sociales pueden ayudar a cubrir el costo de los servicios esenciales, brindar apoyo para encontrar empleo y ofrecer asistencia de cuidado personal, ayudándole a vivir de manera segura e independiente en la comunidad.

Póngase en contacto con la agencia de Servicios Sociales de su condado para solicitar los Servicios de apoyo en el hogar, que le ayudarán a pagar los servicios que se le proporcionen para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los tipos de servicios pueden incluir ayuda para preparar alimentos, bañarse, vestirse, lavar la ropa, hacer compras o transportarse.

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

### LLAME

- **Salud y Servicios Humanos del condado de Alpine**, llame al 1-530-694-4435. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
- **Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de El Dorado**, Placerville, llame al 1-530-642-7300; South Lake Tahoe llame al 1-530-573-3200. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
- **Agencia de Servicios Humanos del condado de San Joaquin**, llame al 1-209-468-1000. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
- **Agencia de Servicios Comunitarios del condado de Stanislaus**, llame al 1-209-558-2500. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

La llamada es gratis.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ESCRIBA</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Alpine County Health and Human Services Agency</b>,<br/>75 A Diamond Valley Rd., Markleeville, CA 96120</li><li>• <b>El Dorado County Health and Human Services Agency</b>,<br/>Placerville 3057 Briw Rd., Placerville, CA 95667<br/>South Lake Tahoe 3368 Sandy Way, South Lake Tahoe, CA 96150</li><li>• <b>San Joaquin County Human Services Agency</b>,<br/>333 E. Washington Street, Stockton, CA 95202</li><li>• Stanislaus County Community Services Agency,<br/>251 Hackett Rd. Modesto, CA 95358</li></ul>                                                                                                                                                   |
| <b>SITIO WEB</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de Alpine</b>, <a href="https://alpinecountyca.gov/203/Social-Services">https://alpinecountyca.gov/203/Social-Services</a></li><li>• <b>Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de El Dorado</b>, <a href="http://www.eldoradocounty.ca.gov/Health-Well-Being/Human-Services">www.eldoradocounty.ca.gov/Health-Well-Being/Human-Services</a></li><li>• <b>Condado de San Joaquin</b>, <a href="http://www.sjchsa.org/">www.sjchsa.org/</a></li><li>• <b>Agencia de Servicios Comunitarios del condado de Stanislaus</b>,<br/><a href="http://www.csa-stanislaus.com/">www.csa-stanislaus.com/</a></li></ul> |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## K. Agencia de Servicios de Salud Conductual del Condado

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

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Servicios de Salud Conductual del Condado de Alpine</b>, llame al 1-530-694-1816 (número local) o 1-800-318-8212</li><li>• Oficina de Salud Conductual de West Slope del Condado de El Dorado, llame al 530-621-6290 (número local) o al 1-800-929-1955</li><li>• Administración de Servicios de Abuso de Sustancias del Condado de San Joaquin, llame al 1-209-468-9370 (número local) o al 1-888-468-9370</li><li>• Servicios de Salud Conductual y Recuperación del Condado de Stanislaus, llame al 1-888-376-6246</li></ul> <p>La llamada es gratis.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 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. La llamada es gratis.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Salud Conductual del Condado de Alpine 1-800-318-8212</b>, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana</li><li>• <b>Salud Conductual del Condado de El Dorado 1-800-929-1955</b>, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana</li><li>• <b>Salud Conductual del Condado de San Joaquin 1-888-468-9370</b>, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana</li><li>• <b>Salud Conductual del Condado de Stanislaus 1-888-376-6246</b>, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana</li></ul>                                                                                                                                      |

Comuníquese con la agencia de salud conductual del condado para obtener ayuda con:

- Preguntas acerca de los servicios de salud mental de especialidad proporcionados por el condado
- Preguntas acerca de los servicios para trastornos por consumo de sustancias proporcionados por el condado



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## L. Departamento de Atención Médica Administrada de California

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

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME</b>     | 1-888-466-2219<br><br>Los representantes del DMHC están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes.                          |
| <b>TDD</b>       | 1-877-688-9891<br><br>Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada. |
| <b>ESCRIBA</b>   | Help Center<br>California Department of Managed Health Care<br>980 Ninth Street, Suite 500<br>Sacramento, CA 95814-2725                                          |
| <b>FAX</b>       | 1-916-255-5241                                                                                                                                                   |
| <b>SITIO WEB</b> | <a href="http://www.dmhc.ca.gov">http://www.dmhc.ca.gov</a>                                                                                                      |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## M. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos

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

### M1. Ayuda adicional de Medicare

Debido a que es elegible para Medi-Cal, califica y recibe “Ayuda adicional” (“Extra Help”) de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No tiene que hacer nada para recibir esta “Ayuda adicional”.

|                  |                                                                                                                                                                                               |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME</b>     | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.                                                               |
| <b>TTY</b>       | 1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.<br><br>Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada. |
| <b>SITIO WEB</b> | <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>                                                                                                                                        |

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

- Puede comunicarse con Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP si desea solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago correcto, o si ya tiene la evidencia y desea proporcionarla.
- Cuando tengamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto del copago cuando reciba su próxima receta. Si termina pagando más por el copago, se lo reembolsaremos mediante cheque o mediante un crédito para el copago en el futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, podemos efectuar el pago directamente al estado. Llame a Servicio al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página si tiene preguntas.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

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

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tomar medicamentos que mejoran la calidad de vida. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también se encuentran en el formulario del ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de la receta por medio del ADAP. Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, entre ellos, un comprobante de residencia en el estado y el estado de VIH, bajos ingresos (según lo definido por el estado) y estado sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción al ADAP local Para que pueda seguir recibiendo asistencia Si desea información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto días festivos).

## M3. Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos, como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos, puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a manejar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si está participando en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para continuar con esta opción.** La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la parte inferior de la página o visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

---

## N. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y se encarga de la inscripción en Medicare.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para hacérselos saber.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME</b>     | 1-800-772-1213<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.<br>Puede utilizar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día. |
| <b>TTY</b>       | 1-800-325-0778<br>Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.                                                                                                        |
| <b>SITIO WEB</b> | <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>                                                                                                                                                                                                                           |

---

## O. Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la RRB, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre los beneficios que le ofrece la RRB, comuníquese con la agencia.

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



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## P. Otros recursos

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

Si tiene problemas con:

- Medi-Cal
- Medicare
- su plan de salud
- acceso a servicios médicos
- apelaciones de servicios denegados, medicamentos, equipo médico duradero (DME), servicios de salud mental, etc.
- facturación médica
- IHSS (Servicios de apoyo en el hogar)

El Programa de Defensoría de Medicare Medi-Cal brinda asistencia con quejas, apelaciones y audiencias. El número de teléfono del Programa de Defensoría es 1-855-501-3077.

---

## Q. Medi-Cal Dental

Ciertos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental; incluyendo, entre otros, servicios como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor
- restauraciones y coronas
- tratamiento de conducto
- dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y revestimientos



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|                  |                                                                                                                                                                     |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LLAME</b>     | 1-800-322-6384<br><br>La llamada es gratis.<br><br>Los representantes de Medi-Cal Dental FFS están disponibles de lunes a viernes, 8:00 a. m. a 5:00 p. m.          |
| <b>TTY</b>       | 1-800-735-2922<br><br>Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada. |
| <b>SITIO WEB</b> | <a href="http://www.dental.dhcs.ca.gov">www.dental.dhcs.ca.gov</a><br><a href="http://smilecalifornia.org">smilecalifornia.org</a>                                  |

Si desea obtener más información sobre los planes dentales o desea cambiar los planes dentales, comuníquese con Health Care Options a 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita. Los contactos del plan de atención dental administrada también están disponibles aquí:  
[www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx).



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



## Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para la atención médica y otros servicios cubiertos

---

### Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que debe conocer para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan. También le brinda información sobre su coordinador de atención, cómo recibir atención de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si se le factura directamente por los servicios que cubrimos y las reglas para poseer un equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

### Índice

|                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| A. Información sobre servicios y proveedores.....                                                 | 49 |
| B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan .....                                 | 49 |
| C. Su coordinador de atención .....                                                               | 51 |
| C1. Qué es un coordinador de atención .....                                                       | 51 |
| C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención.....                                    | 51 |
| C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención .....                                           | 52 |
| D. Atención de proveedores.....                                                                   | 52 |
| D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP) .....                                     | 52 |
| D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red .....                                 | 54 |
| D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan .....                                                   | 54 |
| D4. Proveedores fuera de la red .....                                                             | 55 |
| E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) .....                                                  | 56 |
| F. Servicios de salud conductual (trastornos de salud mental y por consumo de<br>sustancias)..... | 56 |
| F1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal fuera de nuestro plan .....                         | 57 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|                                                                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| G. Servicios de transporte .....                                                                                                   | 60 |
| G1. Transporte médico que no es de emergencia .....                                                                                | 60 |
| G2. Transporte no médico .....                                                                                                     | 62 |
| H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son necesarios de urgencia<br>o durante un desastre .....                  | 63 |
| H1. Atención en caso de emergencia médica.....                                                                                     | 63 |
| H2. Atención necesaria de urgencia .....                                                                                           | 65 |
| H3. Atención durante un desastre .....                                                                                             | 66 |
| I. ¿Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos? .....                                                    | 66 |
| I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios .....                                                                         | 66 |
| J. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica                                                | 67 |
| J1. Definición de estudio de investigación clínica .....                                                                           | 67 |
| J2. Pago por los servicios prestados cuando participa en un estudio de<br>investigación clínica .....                              | 68 |
| J3. Más información sobre estudios de investigación clínica.....                                                                   | 68 |
| K. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa no<br>médica dedicada al cuidado de la salud ..... | 69 |
| K1. Definición de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la<br>salud.....                                      | 69 |
| K2. Atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud<br>.....                                       | 69 |
| L. Equipo médico duradero (DME) .....                                                                                              | 70 |
| L1. DME como miembro de nuestro plan.....                                                                                          | 70 |
| L2. Propiedad del DME si se cambia a Original Medicare .....                                                                       | 71 |
| L3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan .....                                                            | 71 |
| L4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare u otro plan Medicare<br>Advantage (MA) .....                               | 72 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** incluyen atención médica, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que nuestro plan paga. La atención médica cubierta, la salud conductual y los LTSS se encuentran en el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados y de venta libre se encuentran en el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención y que cuentan con una autorización del estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipos médicos y ciertos LTSS.

Los **proveedores de la red** son aquellos que trabajan con nuestro plan. Dichos proveedores están de acuerdo en aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención médica que le brindan a usted. Cuando usted usa un proveedor de la red, habitualmente no paga nada por los servicios cubiertos.

---

## B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y la mayoría de los servicios de Medi-Cal. Esto incluye ciertos servicios de salud conductual y LTSS.

Por lo general, nuestro plan pagará los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y muchos LTSS que reciba cuando sigue nuestras reglas. Para estar cubierta por nuestro plan:

- La atención que reciba deberá estar incluida en nuestra Tabla de beneficios médicos que se encuentra en el **Capítulo 4** de este Manual para miembros.
- La atención debe considerarse médicamente necesaria. Ser médicamente necesaria se refiere a los servicios que son razonables y necesarios para diagnosticar y tratar su afección médica. La atención médicamente necesaria es necesaria para evitar que las personas enfermen gravemente o queden discapacitadas y para reducir el dolor intenso mediante el tratamiento de enfermedades o lesiones.
- Para los servicios médicos, debe contar con un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red que le proporcione y supervise su atención médica. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

para que sea su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).

- En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle su aprobación antes de que pueda usar un proveedor que no sea su PCP o usar otros proveedores en la red de nuestro plan. Esto se llama **remisión**. Si no obtiene esta aprobación, es posible que no cubramos los servicios.
- Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo el grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo remite a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico está formado por médicos que son PCP y especialistas.
- No necesita remisiones de su PCP para atención de emergencia o atención médica necesaria de urgencia, para usar un proveedor de salud de la mujer, o para cualquiera de los otros servicios enumerados en la **Sección D1** de este capítulo.
- **Debe recibir atención médica de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que deberá pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios que reciba. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
  - Cubrimos atención médica de emergencia o atención médica necesaria de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección H** de este capítulo).
  - Si necesita atención que cubre nuestro plan pero que los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar, usted puede obtener atención de un proveedor fuera de la red. La atención fuera de la red requerirá autorización, y su PCP deberá enviar una solicitud de autorización para el servicio necesario. En este caso, cubrimos la atención como si la recibiera de un proveedor de la red o sin costo alguno para usted. Para obtener información acerca de cómo obtener la aprobación para utilizar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.
  - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan por un corto período o cuando su proveedor no está disponible o no se puede acceder a él temporalmente.
  - Cuando se une por primera vez a nuestro plan, puede solicitar continuar usando sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si podemos establecer que usted tenía una relación



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1** de este *Manual para miembros*. Si aprobamos su solicitud, puede continuar utilizando los servicios de los proveedores que usa ahora hasta por 12 meses. Durante ese tiempo, su coordinador de atención se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores dentro de nuestra red. Después de 12 meses, ya no cubriremos su atención si continúa acudiendo a proveedores que no están en nuestra red.

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

**Nuevos miembros a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP:** En la mayoría de los casos, se le inscribirá en Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Es posible que aún reciba los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. No habrá ninguna brecha en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene preguntas, llámenos al 1-888-361-7526 o a TTY 711.

---

## C. Su coordinador de atención

El coordinador de atención de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP lo ayuda a administrar y guiar su atención médica para que pueda alcanzar sus objetivos de atención médica. Su coordinador de atención conoce sus beneficios y trabaja para ayudarlo a obtener esos beneficios. Comuníquese con administración de la atención de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP para obtener más información.

### C1. Qué es un coordinador de atención

Un coordinador de atención es una persona capacitada que trabaja para nuestro plan para brindarle servicios de coordinación de atención.

### C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención

- Puede llamar al 1-800-822-6226. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratis.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. La llamada es gratis.

Contamos con servicios de intérprete para personas que no hablan inglés.

### **C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención**

- Puede llamar al 1-888-361-7526 para solicitar el cambio de administrador de atención.

---

## **D. Atención de proveedores**

### **D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)**

Deberá elegir un PCP que le proporcione y administre su atención. Los PCP de nuestro plan pueden estar afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo el grupo médico afiliado.

Definición de PCP y lo que un PCP hace por usted

Qué es un PCP:

Su PCP es el proveedor autorizado al que acude para la mayor parte de su atención médica. Su PCP también le ayuda a obtener otros tipos de atención que necesita. Según su edad y sexo, puede elegir un médico general, un obstetra/ginecólogo, un doctor de familia, un internista o un pediatra como su PCP.

El papel de un PCP en:

- la coordinación de los servicios cubiertos
- la toma de decisiones o la obtención de una autorización previa (prior authorization, PA), si corresponde

Cuándo una clínica puede ser su PCP:

- Un Centro de salud rural o un Centro de salud calificado a nivel federal (Rural Health Center or Federally Qualified Health Center, RHC/FQHC) pueden ser su PCP.

### **Su elección de PCP**

Es posible que su PCP tenga especialistas u hospitales particulares que desee consultar, pero usted puede consultar a cualquier especialista o usar cualquier hospital de la red.

### **Opción de cambiar de PCP**



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y cuando lo desee. También es posible que su PCP deje la red de nuestro plan. Si su PCP deja la red del plan, podemos ayudarlo a encontrar uno nuevo en la red.

Puede cambiar su PCP en cualquier momento llamando a Servicio al Cliente al número de teléfono al 1-888-361-7526.

Si necesita ayuda para elegir un PCP, llame a Servicio al Cliente de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Cuando llame, asegúrese de informar a Servicio de al Cliente si acude a especialistas u obtiene otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su PCP, como servicios de atención médica domiciliaria y equipo médico duradero. Le ayudaremos a garantizar que pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP. También verificaremos que el PCP al que desea cambiar esté aceptando pacientes nuevos. Servicio al Cliente cambiará su registro de miembro para mostrar el nombre de su nuevo PCP y le dirá cuándo entrará en vigor el cambio a su nuevo PCP.

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

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su PCP antes de recurrir a otros proveedores. Esto se llama una **remisión**. Usted puede recibir servicios como los que se enumeran a continuación sin tener la aprobación de su PCP primero:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red
- Servicios cubiertos necesarios de urgencia que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios necesarios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina con el proveedor médicamente necesarias, como los controles médicos, no se consideran necesarias de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan. Si llama a Servicio al Cliente antes de abandonar el área de servicio, podemos ayudarlo a recibir diálisis mientras se encuentra fuera.
- Vacunas contra la gripe y la vacuna contra la COVID-19
- Servicios de rutina de atención médica de la mujer y planificación familiar. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías del seno),



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.

Además, si es un miembro indígena americano, puede recibir servicios cubiertos de un proveedor de atención médica indígena de su elección, sin necesidad de remisión de un PCP de la red ni autorización previa.

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

Un especialista es un médico que proporciona atención médica para una enfermedad específica o parte específica del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas, como:

- Oncólogos que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos que atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Ortopedistas que atienden a pacientes con afecciones en los huesos, en las articulaciones o con problemas musculares.

Su PCP puede derivarle especialistas y otros proveedores. Si necesita servicios que requieren autorización previa (PA), Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP revisará la PA basándose en la necesidad médica.

Algunos servicios requieren PA, lo que significa que su médico enviará una solicitud a su plan para una revisión y una decisión basada en las reglas para revisar las solicitudes. Consulte la **Sección D del Capítulo 4** para obtener información sobre los servicios que requieren PA.

## **D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan**

Es posible que un proveedor de la red que usted use deje el plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, usted cuenta con los derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos darle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará de pertenecer a nuestro plan para que tenga tiempo de escoger un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de pertenecer a nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos tres años.
  - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le asigna un proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si lo visitó en los últimos tres meses.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para seguir administrando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo tratamientos o terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado dentro de la red que sea accesible para usted, deberemos coordinar con un especialista fuera de la red para que le brinde atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Debemos autorizar servicios fuera de la red, cuando un proveedor dentro de la red no está disponible.
- Si se entera de que uno de sus proveedores deja nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención médica.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención o ambos. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

#### **D4. Proveedores fuera de la red**

A veces, tipos especiales de proveedores no están en la red. Se puede acceder a ellos fuera de la red si es necesario para su atención. Cualquier solicitud para obtener servicios fuera de la red se enviará a un proveedor de la red. Si ningún proveedor de la red puede ofrecer ese servicio, la solicitud se enviará fuera de la red.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, el proveedor deberá aceptar Medicare y/o Medi-Cal.

- No podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar con Medicare y/o Medi-Cal.
- Si utiliza un proveedor que no es elegible para participar con Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que recibe.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

---

## E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los LTSS pueden ayudarle a quedarse en casa y evitar una estadía en el hospital o en un centro de enfermería especializada. Usted tiene acceso a ciertos LTSS a través de nuestro plan, incluyendo la atención en un centro de enfermería especializada, los Servicios para adultos basados en la comunidad (Community Based Adult Services, CBAS) y los Apoyos comunitarios. Otro tipo de LTSS, el programa de Servicios de apoyo en el hogar, está disponible a través de la agencia de servicios sociales de su condado.

Por lo general, para calificar para LTSS debe tener 18 años o más. También debe estar inscrito en un plan de atención administrada de Medi-Cal, como Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. También puede calificar si necesita apoyo físico o apoyo funcional o conductual. Estas necesidades pueden requerir apoyo a largo plazo para permanecer seguro en el hogar. En ocasiones, puede recibir ayuda con su atención médica diaria y sus necesidades cotidianas. Los miembros deben cumplir con ciertos requisitos para calificar para cada uno de estos programas. Llame a su coordinador de atención al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita, para obtener información sobre los requisitos de elegibilidad.

---

## F. Servicios de salud conductual (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)

Tiene derecho a acceder a los servicios de salud conductual médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a servicios de salud conductual cubiertos por Medicare y la atención médica administrada por Medi-Cal. Nuestro plan no proporciona servicios de salud mental de especialidad de Medi-Cal ni servicios de trastornos por consumo de sustancias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través del Departamento de Salud Conductual de su condado. Llame al plan de salud mental de su condado. Para encontrar en línea los números de teléfono gratuitos de todos los condados, vaya a:

<http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx>:

<http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx> o llame a:

- Servicios de Salud Conductual del Condado de Alpine, 1-530-694-1816 (número local) o 1-800-318-8212



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Oficina de Salud Conductual de West Slope del Condado de El Dorado, 1-530-621-6290 (número local) o 1-800-929-1955
- Administración de Servicios de Abuso de Sustancias del Condado de San Joaquin, 1-209-468-9370 (número local) o 1-888-468-9370
- Servicios de Salud Conductual y Recuperación del Condado de Stanislaus, 1-888-376-6246

También puede consultar la **Sección K** del **Capítulo 2**.

### **F1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal fuera de nuestro plan**

Los servicios de salud mental de especialidad de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental (mental health plan, MHP) del condado si cumple con los criterios para acceder a los servicios de salud mental de especialidad. Los servicios de salud mental de especialidad de Medi-Cal proporcionados por la agencia de salud conductual de su condado, como el Departamento de Salud Conductual del Condado de Alpine, el Departamento de Salud Conductual del Condado de El Dorado, el Departamento de Salud Conductual del Condado de San Joaquin y los Servicios de Salud Conductual y Recuperación del Condado de Stanislaus incluyen:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo con medicamentos
- servicios intensivos de tratamiento diurno
- rehabilitación diurna
- servicios de intervención en casos de crisis
- servicios de estabilización de crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial en casos de crisis
- servicios de centros de salud psiquiátrica
- servicios hospitalarios para pacientes psiquiátricos hospitalizados
- manejo de casos específicos
- reinserción de personas con antecedentes penales
- tratamiento comunitario asertivo (assertive community treatment, ACT)



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- tratamiento comunitario asertivo forense (forensic assertive community treatment, FACT)
- atención de especialidad coordinada (coordinated specialty care, CSC) para primer episodio de psicosis (first episode psychosis, FEP)
- servicios de apoyo comunitario tipo Clubhouse
- servicios de trabajadores en salud comunitaria (community health worker, CHW) mejorados
- apoyo para el empleo
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención en caso de crisis basados en la comunidad
- servicios terapéuticos de salud conductual
- atención terapéutica en hogar sustituto
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos en el hogar

Los servicios de Medi-Cal proporcionados por Alpine incluyen:

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

Los servicios del Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) están disponibles para usted a través de El Dorado, San Joaquin y Stanislaus si cumple los criterios para recibir estos servicios. Los servicios del DMC-ODS incluyen:

- servicios de tratamiento ambulatorio



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- servicios de hospitalización parcial
- medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial
- servicios de manejo de la abstinencia
- programa de tratamiento de narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de la atención
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención en crisis basados en la comunidad (no aplica a Alpine)
- servicios de manejo de contingencias
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (para miembros menores de 21 años)
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

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

Los servicios de desintoxicación voluntaria para pacientes hospitalizados (Voluntary Inpatient Detoxification, VID) son un beneficio cubierto por Medi-Cal que está disponible para los miembros de MCP a través del programa de Pago por servicio (fee-for-service, FFS) de Medi-Cal. Los miembros que cumplan los criterios de necesidad médica pueden recibir servicios de VID en un hospital general de atención para afecciones agudas.

Los servicios de VID están cubiertos a través del programa FFS de Medi-Cal. La desintoxicación para pacientes hospitalizados debe ser el motivo principal de la estadía voluntaria del miembro. En ocasiones, un médico puede decidir que un miembro no cumple con estos requisitos. Si esto sucede, Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP derivará al miembro a los Servicios de Salud Conductual del Condado Los Servicios de Salud Conductual del Condado pueden



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

remitirlos a otros servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias (SUD). Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP le ayudará con este proceso.

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP remitirá a los miembros a hospitales generales de atención para afecciones agudas para que reciban servicios de VID. El centro de VID no puede ser un Centro para el tratamiento de la dependencia química ni una institución para enfermedades mentales. El proveedor de VID debe enviar una Solicitud de autorización de tratamiento (Treatment Authorization Request, TAR) a las oficinas locales de Medi-Cal para su autorización. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP le ayudará a coordinar el servicio con el proveedor de VID según sea necesario. La documentación presentada con la TAR debe demostrar que se cumplen los requisitos anteriores. La documentación también debe explicar la necesidad médica para la estadía como paciente hospitalizado.

La ley estatal exige que los servicios médicamente necesarios no se demoren mientras los Servicios de Salud Conductual y Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP resuelven cualquier disputa. La ley estatal también decide quién debe pagar por los servicios prestados a un miembro durante ese tiempo. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP debe administrar los casos y coordinar la atención para todos los servicios que se consideren médicamente necesarios. Esto incluye los servicios que son objeto de una disputa entre los Servicios de Salud Conductual del Condado y Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP tiene que trabajar con los Servicios de Salud Conductual del Condado para asegurarse de que no se repitan los SMHS, para los cuales los Servicios de Salud Conductual del Condado también proporcionan administración de casos.

---

## **G. Servicios de transporte**

### **G1. Transporte médico que no es de emergencia**

Tiene derecho al transporte médico que no es de emergencia si, debido a una necesidad médica, no puede trasladarse en auto, autobús o taxi hasta las citas. El transporte médico que no es de emergencia puede ofrecerse como servicio cubierto para citas médicas, dentales, de salud mental, abuso de sustancias y farmacia. Si necesita transporte médico que no es de emergencia, puede hablar con su PCP y solicitarlo. Su PCP decidirá el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, se lo recetarán completando un formulario y enviándolo a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP para su aprobación. La aprobación tiene validez de un año, según la



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

necesidad médica. Su PCP reevaluará su necesidad de transporte médico que no es de emergencia para volver a aprobarlo cada 12 meses.

El transporte médico que no es de emergencia se realiza en ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para sillas de ruedas o transporte aéreo. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP ofrece el modo de transporte cubierto de menor costo y el transporte médico que no sea de emergencia más apropiado para sus necesidades médicas cuando necesite transporte a su cita. Por ejemplo, si puede ser transportado física o médicamente en una camioneta para silla de ruedas, Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP no pagará por una ambulancia. Tiene derecho a usar el transporte aéreo solo si su afección médica imposibilita todo medio de transporte terrestre.

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

- Es necesario física o médicamente, según lo indicado en la autorización escrita de un médico u otro proveedor, ya que usted tiene una afección física o médica que le impide viajar en autobús, taxi, automóvil o camioneta para llegar a la cita.
- Necesita ayuda del conductor para trasladarse hacia y desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento, debido a una discapacidad física o mental.

Para solicitar el transporte médico que su médico le ha recetado para citas de **rutina** no **urgentes**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711) al menos siete (7) a diez (10) días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

### Límites de transporte médico

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP cubre el transporte médico de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. No se proporcionará transporte médico si Medicare o Medi-Cal no cubren el servicio. Si el tipo de cita está cubierto por Medi-Cal, pero no a través del plan de salud, Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP lo ayudará a programar su transporte. Para obtener una lista de los servicios cubiertos, lea el **Capítulo 4** de este manual. El transporte no está cubierto fuera de la red o el área de servicio de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP, a menos que esté preautorizado.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## G2. Transporte no médico

Los beneficios de transporte no médico incluyen el transporte de ida y vuelta a sus citas para obtener un servicio autorizado por su proveedor. Puede obtener un traslado, sin costo, en estos casos:

- Trasladarse de ida y vuelta a una cita para un servicio de Medi-Cal autorizado por su proveedor, o
- Recoger recetas y suministros médicos.

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otra forma pública o privada para llegar a su cita para recibir servicios autorizados por su proveedor. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP utiliza un proveedor de transporte para organizar el transporte no médico. Cubriremos el tipo de transporte no médico de menor costo según sus necesidades médicas.

A veces, se le pueden reembolsar los viajes en un vehículo privado que usted organice. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP debe aprobar esto **antes** de que usted pueda obtener el transporte, y usted debe decirnos por qué no puede obtener otro tipo de transporte, como tomar el autobús. Puede informarnos por teléfono, correo electrónico o en persona. **No se le puede reembolsar por conducir usted mismo.**

Para recibir el reembolso de millas necesita lo siguiente:

- La licencia de conducir del conductor.
- La matrícula del vehículo del conductor.
- Comprobante de seguro del automotor del conductor.

Para solicitar transporte por servicios que han sido autorizados, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711) al menos siete (7) a diez (10) días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

**Nota:** Los miembros indígenas americanos también pueden llamar a la Clínica de Salud para Indígenas local para solicitar transporte no médico.

## Límites de transporte no médico

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP proporciona el transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades desde su hogar



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. **No es posible recibir un reembolso si maneja hasta la cita.**

El transporte no médico **no** se aplica en los siguientes casos:

- El traslado en ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para sillas de ruedas u otro tipo de transporte médico que no sea de emergencia es necesario para recibir un servicio cubierto.
- Necesita ayuda del conductor para trasladarse hacia su residencia, vehículo o lugar de tratamiento, o desde estos, debido a una afección física o médica.
- Está en silla de ruedas y no puede subirse o bajarse del vehículo sin la ayuda del conductor.
- Si el servicio no está cubierto por Medi-Cal.

---

## **H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son necesarios de urgencia o durante un desastre**

### **H1. Atención en caso de emergencia médica**

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como enfermedad, dolor intenso, lesión grave o una afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica de inmediato, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que produzca lo siguiente:

- riesgo grave para su vida o la de su hijo por nacer; o
- daños graves a las funciones corporales; o
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
  - No hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
  - El traslado puede representar una amenaza para su salud o seguridad, o para la del bebé por nacer.

Si tiene una emergencia médica:

- Busque ayuda lo más rápido posible. Llame al 911 o utilice la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. No necesita una remisión de su PCP para obtener estos servicios: No



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

necesita usar un proveedor de la red. Puede recibir atención médica cubierta de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red.

- Lo antes posible, informe a nuestro plan sobre su emergencia. Damos seguimiento a su atención médica de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para informarnos acerca de esta situación de emergencia, generalmente en un plazo de 48 horas. Llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Sin embargo, no pagará por los servicios de emergencia si se demora en informarnos.

### **Servicios cubiertos durante una emergencia médica**

Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que lo necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o de sus territorios.

Medicare cubre los servicios médicos y medicamentos que reciba en los Estados Unidos y sus territorios (por ejemplo, Puerto Rico, Guam, etc.). Medicare no cubre los servicios médicos o medicamentos que reciba fuera de los Estados Unidos, excepto en situaciones limitadas. Medi-Cal también cubre la atención de emergencia que requiera hospitalización en Canadá y México.

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia para las situaciones en las cuales llegar a la sala de emergencia de cualquier otra manera equivaldría a poner en riesgo su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*.

Los proveedores que le brindan atención de emergencia deciden cuándo su afección está estable y la emergencia médica haya pasado. Continuarán brindándole tratamiento y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si obtiene la atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos procurarle proveedores dentro de la red para que se hagan cargo de su atención tan pronto como sea posible.

### **Obtener atención de emergencia si no era una emergencia**

A veces, es difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que ingrese para recibir atención de emergencia y el médico le diga que



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

realmente no se trataba de una emergencia. Cubrimos su atención médica, siempre que haya considerado, con fundamento, que su salud se encontraba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico afirme que no se trataba de una emergencia, cubrimos la atención médica adicional únicamente si:

- Usted usa un proveedor de la red, o
- La atención adicional que recibe se considera “atención necesaria de urgencia” y usted sigue las reglas para recibirla. Consulte la siguiente sección.

## **H2. Atención necesaria de urgencia**

La atención necesaria de urgencia es la atención que recibe por una situación que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo, podría tener un brote de una afección preexistente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención necesaria de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

Cubrimos la atención médica necesaria de urgencia solo si:

- Usted recibe esta atención de un proveedor de la red, y
- Usted sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable conseguir un proveedor de la red, dado el momento, el lugar o las circunstancias, cubrimos la atención médica necesaria de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si no es posible o razonable conseguir un proveedor de la red, dado el momento, el lugar o las circunstancias, cubrimos la atención médica necesaria de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Si no sabe si la lesión o enfermedad es urgente, llame a su proveedor de atención primaria (PCP). Siempre debe acudir al PCP para recibir atención. Si no puede comunicarse con su PCP fuera del horario de atención, llame a la Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas al 1-800-655-8294 para obtener ayuda cuando la necesite. Si es necesario, nuestro enfermero puede conectarlo para hablar con un médico por teléfono o videollamada. Si nuestro profesional de enfermería cree que necesita más ayuda, le indicará una clínica de atención de urgencia abierta más cercana. Las clínicas de atención de urgencia están abiertas fuera del horario de atención y los fines de semana, y algunas proporcionan análisis de laboratorio y radiografías.

Atención necesaria de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda obtener atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención necesaria de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

visitas de rutina con el proveedor que son médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran necesarias de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Medicare no cubre los servicios médicos ni los medicamentos que reciba fuera de los Estados Unidos, excepto en situaciones limitadas. Medi-Cal también cubre la atención de emergencia que requiera hospitalización en Canadá y México.

Nuestro plan no cubre la atención necesaria de urgencia ni cualquier otro tipo de atención médica que reciba fuera de Estados Unidos y sus territorios.

### **H3. Atención durante un desastre**

Si el gobernador de California, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, aún tendrá derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre declarado: [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

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

---

## **I. ¿Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos?**

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

Si usted pagó por sus servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros* para saber qué hacer.

No pague la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle el importe.

### **I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios**

El plan cubre todos los servicios:

- que se determine que son médicamente necesarios, y



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- que se enumeran en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el Capítulo 4 de este Manual para miembros), y
- que obtiene siguiendo las reglas del plan.

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

Si desea saber si pagamos algún servicio o atención, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a preguntarnos esto por escrito. Si le respondemos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* se le explica qué puede hacer si desea que cubramos un servicio o equipo médico. También se indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos determinados servicios hasta un cierto límite. Si excede el límite, usted paga el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites específicos de los beneficios. Llame a Servicio al Cliente para averiguar cuáles son los límites de beneficios y cuánto ha usado de sus beneficios.

---

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

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

Un estudio de investigación clínica, o estudio clínico, es la forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare generalmente solicita la participación de voluntarios en el estudio. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de la atención médica (que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su proveedor de atención primaria. **No** es necesario que los proveedores que le proporcionan atención como parte del estudio sean proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar su eficacia, incluyendo ciertos beneficios que requieren cobertura condicionada al desarrollo de evidencia (NCDs-CED) y estudios con exención para dispositivos en investigación (investigational device exemption, IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y a otras reglas del plan.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## **Le recomendamos que nos lo informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los miembros por Medicare, le recomendamos a usted o a su coordinador de atención que se comuniquen con Servicio al Cliente para informarnos que participará en un estudio clínico.

### **J2. Pago por los servicios prestados 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 durante el estudio. Medicare paga por los servicios cubiertos durante el estudio, así como por los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se una a un estudio de investigación clínica autorizado por Medicare, tendrá cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio. Esto incluye:

- hospedaje y alimentación durante una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación
- tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones que surjan de la nueva atención
- Si participa en un estudio que Medicare no ha aprobado, deberá pagar los costos por participar en dicho estudio.

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

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica leyendo “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf](http://www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## **K. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud**

### **K1. Definición de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud**

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un lugar donde se brinda atención de la misma manera que en un hospital o centro de enfermería especializada. Si obtener atención médica en un hospital o en un centro de enfermería especializada se contradice con sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud.

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

### **K2. Atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud**

Si desea recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, deberá firmar un documento legal donde exprese su rechazo a recibir un tratamiento médico que se considere “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que es voluntario y no requerido por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que no es voluntario y que es requerido por las leyes federales, estatales o locales.

Si desea que la cobertura de nuestro plan se aplique, la atención médica que reciba de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución encargada de brindar la atención deberá contar con la certificación de Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos de atención médica que no tengan que ver con la religión.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro:
  - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
  - Debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro, o su estadía **no** estará cubierta.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Se aplican límites de cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados de Medicare (consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4**).

---

## L. Equipo médico duradero (DME)

### L1. DME como miembro de nuestro plan

El DME incluye ciertos artículos médicamente necesarios ordenados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación del habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted es propietario de algunos artículos de DME, como prótesis.

Deberá alquilar otros tipos de DME. Como miembro de nuestro plan, usted **no** será propietario de los DME alquilados, independientemente del tiempo que los alquile.

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

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP cubre la compra o el alquiler de suministros, equipos y otros servicios de DME bajo Medi-Cal. Se necesita una receta de un proveedor. Puede tratarse de un médico, un asistente médico, un personal de enfermería especializado o un especialista en enfermería profesional clínica. Los artículos de DME están cubiertos si son médicamente necesarios para apoyar la vida diaria o para prevenir una discapacidad mayor.

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP no cubre:

- Equipos de confort, conveniencia o lujo. Esto incluye características especiales y suministros. (Excepto los extractores de leche de uso comercial). Consulte “Extractores de leche y suministros” en “Atención de maternidad y recién nacidos”.
- Artículos que no se usan para las actividades normales de la vida diaria. Ejemplo: equipos de ejercicio, artículos utilizados para actividades recreativas o deportivas.
- Equipos de higiene. (Excepto cuando sean médicamente necesarios para un miembro menor de 21 años).
- Artículos no médicos. Ejemplo: baños de sauna o elevadores.
- Modificaciones a viviendas o automóviles.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



- Dispositivos para análisis de sangre u otras sustancias corporales. Por ejemplo: monitores de glucosa en sangre para diabetes, monitores continuos de glucosa, tiras reactivas y lancetas. Estos están cubiertos por Medi-Cal Rx.
- Monitores electrónicos del corazón o los pulmones. (Excepto los monitores de apnea infantil).
- Reparación o sustitución de equipos debido a pérdida, robo o mal uso. (Excepto cuando sean médicamente necesarios para un miembro menor de 21 años).
- Otros artículos no utilizados para la atención médica.

En algunos casos, se puede aprobar estos artículos. Su médico debe enviar una solicitud de autorización previa.

## **L2. Propiedad del DME si se cambia a Original Medicare**

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de que sean propietarios de estos.

Si ya no cuenta con Medi-Cal, deberá realizar 13 pagos seguidos bajo Original Medicare, o deberá realizar el número de pagos seguidos establecido por el plan MA, para ser dueño del artículo de DME si:

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

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

- Deberá realizar 13 nuevos pagos seguidos conforme a Original Medicare o varios nuevos pagos seguidos establecidos por el plan MA para ser dueño del artículo de DME.
- No existen excepciones a esto cuando regresa a Original Medicare o a un plan MA.

## **L3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan**

Si usted califica para un equipo de oxígeno cubierto por Medicare, cubrimos lo siguiente:



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- alquiler de equipo de oxígeno
- suministro de oxígeno y su contenido
- tubo y otros accesorios necesarios para el suministro de oxígeno y los contenidos de oxígeno
- mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

El equipo de oxígeno debe ser devuelto cuando ya no sea médicamente necesario o si deja nuestro plan.

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

Cuando el equipo de oxígeno se considera médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, se lo alquila a un proveedor por 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno, así como los suministros y servicios mencionados anteriormente. Medicare y Medi-Cal cubren estos pagos si usted todavía está inscrito en Medicare y Medi-Cal.

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

- equipo de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses
- equipos y suministros de oxígeno por hasta 5 años si son médicamente necesarios

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

- Su proveedor ya no tiene que proporcionárselo, y usted puede optar por obtener el equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Le alquila a un proveedor por 36 meses.
- Luego, su proveedor proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Se inicia 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 deje nuestro plan y se cambie a otro plan de MA**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Original Medicare.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Puede preguntarle a su nuevo plan MA qué equipos e insumos de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.



---

**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## Capítulo 4: Tabla de beneficios

---

### Introducción

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

**Nuevos miembros de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP:** En la mayoría de los casos, se lo inscribirá en Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Es posible que aún reciba los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. No habrá ninguna brecha en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene preguntas, llámenos al 1-888-361-7526 o a TTY 711.

### Índice

|                                                                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. Sus servicios cubiertos .....                                                                                     | 76  |
| B. Reglas para que los proveedores no le cobren los servicios .....                                                  | 76  |
| C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan .....                                                            | 76  |
| D. Tabla de beneficios de nuestro plan .....                                                                         | 79  |
| E. Apoyos comunitarios .....                                                                                         | 140 |
| F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan .....                                                                  | 145 |
| F1. Transiciones Comunitarias de California (CCT).....                                                               | 145 |
| F2. Medi-Cal Dental.....                                                                                             | 146 |
| F3. Servicios de apoyo en el hogar (IHSS).....                                                                       | 146 |
| F4. Programas de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) conforme a la sección 1915(c) ..... | 147 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|                                                                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| F5. Servicios de Salud Conductual del Condado proporcionados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias) | 151 |
| G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal                                                                                           | 153 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo contiene información acerca de los servicios que cubre nuestro plan. También puede obtener información sobre qué servicios no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*.

Debido a que usted recibe ayuda de Medi-Cal, no paga nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando siga las reglas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* para obtener más detalles sobre las reglas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de atención al 1-800-822-6226 o a Servicio al Cliente al 1-888-361-7526 (TTY: 711).

---

## B. Reglas para que los proveedores no le cobren los servicios

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

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si recibe una factura, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros* o llame a Servicio al Cliente.

---

## C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le indica los servicios que cubre nuestro plan. Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

**Pagamos los servicios enumerados en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. No** debe pagar nada por los servicios listados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla los requisitos que se describen a continuación.

- Proporcionamos servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios, incluida la atención médica, los servicios de salud conductual y por uso de sustancias, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, el equipo y los medicamentos deben ser “medicamente necesarios”. El término médicamente necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ir a un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos deben cumplir con las normas aceptadas para la práctica médica.

- Durante los primeros 90 días, es posible que no sea necesario que obtenga la aprobación por adelantado para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red no se cubrirá a menos que se trate de una atención de emergencia o necesaria de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya proporcionado una derivación. El **Capítulo 3** de este Manual para miembros contiene más información sobre el uso de los proveedores dentro y fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que le brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda usar un proveedor que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se llama una remisión. El **Capítulo 3** de este Manual para miembros contiene más información sobre cómo obtener una remisión y cuándo no la necesita.
- Cubrimos algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA). Marcamos los servicios cubiertos en la Tabla de beneficios que necesitan PA con un asterisco (\*) o con una nota al pie de página.
- Si su plan proporciona la aprobación de una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura, sus antecedentes médicos y las recomendaciones del proveedor tratante.
- Si pierde sus beneficios de Medi-Cal, dentro del período de 5 meses de elegibilidad continua, sus beneficios de Medicare en este plan continuarán. Sin embargo, es posible que su servicio de Medi-Cal no esté cubierto. Comuníquese con la oficina de elegibilidad de su condado o con Health Care Options para



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

obtener información sobre su elegibilidad para Medi-Cal. Puede conservar sus beneficios de Medicare, pero no sus beneficios de Medi-Cal.

Los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana 🍏 muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.



---

**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



## D. Tabla de beneficios de nuestro plan

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lo que usted paga |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  <p><b>Prueba de detección de aneurisma en la aorta abdominal</b></p> <p>Cubrimos una ecografía de detección única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$0               |
| <p><b>Acupuntura</b></p> <p>Pagamos hasta dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios en un mes calendario, o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios.</p> <p>También pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, que se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• duración de 12 semanas o más;</li> <li>• no específico (que no tiene una causa sistémica que se pueda identificar, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa);</li> <li>• no es compatible con una cirugía; <b>y</b></li> <li>• no es ocasionado por el embarazo.</li> </ul> <p>Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si muestra mejoría. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año.</p> <p>Los tratamientos con acupuntura deben interrumpirse si no muestra mejoras o si empeora.</p> <p><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Acupuntura (continuación)</b></p> <p>Requisitos de proveedores</p> <p>Los médicos (según se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social) pueden proporcionar acupuntura conforme a los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (según lo identificado en la sección 1861(aa)(5) de la Ley), y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un título de nivel de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y,</li> <li>• una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un Estado, Territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia; y</li> </ul> <p>El personal auxiliar que realice acupuntura debe estar bajo el nivel de supervisión adecuado de un médico, PA o NP/CNS, tal como lo requieren nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p> |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  | <p><b>Evaluación y asesoramiento sobre el consumo de alcohol</b></p> <p>Pagamos por un examen de detección por consumo indebido de alcohol (SABIRT) para adultos que abusan del alcohol pero no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas.</p> <p>Si el monitoreo por consumo indebido de alcohol resulta positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial cada año (si puede y está alerta durante el asesoramiento) con un proveedor de atención primaria (PCP) calificado o un profesional de la salud en un entorno de atención primaria.</p>                                                                                                                                                                   | \$0               |
|                                                                                   | <p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no emergencia, incluyen ambulancia terrestre y aérea (avión y helicóptero). La ambulancia lo trasladará hacia el lugar más cercano donde se le pueda brindar atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado puedan poner en riesgo su salud o su vida.</p> <p>Los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia) deben ser aprobados por nosotros. Si no se trata de una emergencia, podemos pagar por una ambulancia. Esto significa que su afección es lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado puedan poner en riesgo su salud o su vida.</p> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lo que usted paga |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|    | <p><b>Visita de bienestar anual</b></p> <p>Puede hacerse un chequeo anual. El objetivo es elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Esto lo pagamos una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> Su primera visita anual de bienestar no puede tener lugar dentro de los 12 meses posteriores a su visita <b>Bienvenido a Medicare</b>. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita <b>Bienvenido a Medicare</b> para recibir consultas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>                                                                                          | \$0               |
|                                                                                     | <p><b>Servicios preventivos para el asma</b></p> <p>Puede recibir información sobre el asma y una evaluación de las condiciones ambientales del hogar para detectar los factores desencadenantes que se encuentran comúnmente en el hogar para las personas con asma mal controlada.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$0               |
|  | <p><b>Medición de masa ósea*</b></p> <p>Pagamos determinados procedimientos para los miembros que cumplen con los requisitos, por lo general, alguien en riesgo de sufrir disminución de masa ósea u osteoporosis. Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea.</p> <p>Pagamos los servicios una vez cada 24 meses, o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario. También pagamos para que un médico analice los resultados y comente los resultados.</p> <p><b>*Se requiere autorización previa después del primer servicio cubierto si se considera médicamente necesario.</b></p> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lo que usted paga |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|    | <p><b>Prueba de detección de cáncer de seno (mamograma)</b></p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una mamografía inicial entre las edades de 35 y 39 años</li> <li>• una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más</li> <li>• exámenes clínicos de senos una vez cada 24 meses</li> </ul> <p><i>Basado en el año calendario</i></p>                                                                                                                                                     | \$0               |
|                                                                                     | <p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)*</b></p> <p>Pagamos por los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con determinadas condiciones y contar con la autorización previa de un médico.</p> <p>También cubrimos programas de rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p><b>*Se requiere autorización previa</b></p>                                                                                             | \$0               |
|  | <p><b>Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (cardíacas) (terapia para enfermedades cardíacas)</b></p> <p>Pagamos una consulta al año, o más, si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a reducir su riesgo de tener una enfermedad cardíaca. Durante la visita, el médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hablar sobre el uso de aspirina,</li> <li>• controlar su presión arterial, o</li> <li>• darle consejos para asegurarse de que se está alimentando bien.</li> </ul> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  | <p><b>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (cardíacas)</b></p> <p>Pagamos análisis de sangre para detectar una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también controlan la existencia de defectos debido a un alto riesgo de enfermedades cardíacas.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$0               |
|  | <p><b>Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal</b></p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses</li> <li>• Para mujeres que están en alto riesgo de cáncer cervical o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses</li> <li>• Para mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou con anomalías en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses</li> <li>• Para mujeres de 30 a 65 años: prueba del virus del papiloma humano (VPH) o Papanicolaou más una prueba de VPH una vez cada 5 años</li> </ul> | \$0               |
|                                                                                   | <p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación</li> </ul> <p>La cobertura incluye servicios quiroprácticos para ayudar a corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna vertebral se mueven fuera de posición) mediante la manipulación de la columna vertebral.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                                                                   | <p><b>Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico</b></p> <p>Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, el manejo de medicamentos, y la coordinación y planificación de la atención.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$0               |
|  | <p><b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no presentan un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario.</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | <p><b>Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando han transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada o cuando han pasado 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede pagar por una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada o la última colonoscopia de detección.</li> <li>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no están en alto riesgo después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.</li> <li>• Análisis de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una cada 12 meses.</li> <li>• ADN multiobjetivo en heces para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Uno cada 3 años.</li> <li>• Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una cada 3 años.</li> <li>• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare arroja un resultado positivo.</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p> |  |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Lo que usted paga |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extirpación de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en conexión, como resultado de, y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.</li> <li>Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde la última prueba de detección, el enema a bario o la última prueba de detección.</li> <li>Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después de la última prueba de detección, enema de bario o sigmoidoscopia flexible.</li> </ul> |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios dentales</b></p> <p>Pagamos determinados servicios dentales según se indica a continuación: Lo que no cubrimos está disponible a través de Medi-Cal Dental, tal como se describe en la <b>Sección G2</b> a continuación.</p> <p>Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de una persona. Los ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para un cáncer que involucra la mandíbula, o exámenes orales antes de un trasplante de órgano.</p> <p>Algunos servicios dentales están disponibles a través del Programa Medi-Cal Dental o FFS Medi-Cal. Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre los servicios dentales, llame al Programa Medi-Cal Dental al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 o 711). También puede visitar el sitio web del Programa Medi-Cal Dental en: <a href="https://smilecalifornia.org/contact-us/">https://smilecalifornia.org/contact-us/</a>.</p> | <p>\$0</p>        |
| <p> <b>Evaluación de detección de depresión</b></p> <p>Pagamos por una evaluación de depresión cada año. Esta evaluación debe realizarse en un centro de atención primaria donde se pueda brindar un tratamiento de seguimiento y/o remisiones.</p> <p><i>Basado en el año calendario</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  | <p><b>Pruebas de detección de diabetes</b></p> <p>Pagamos por esta prueba de detección, incluidas las pruebas de glucosa en ayunas, si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• presión arterial alta (hipertensión)</li><li>• antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia)</li><li>• obesidad</li><li>• antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre</li></ul> <p>Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede calificar para un máximo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses posteriores a la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  <p><b>Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes</b></p> <p>Pagamos 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 los niveles de glucosa en sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un monitor de glucosa en sangre</li> <li>○ tiras reactivas de glucosa en sangre</li> <li>○ dispositivos de lanceta y lancetas</li> <li>○ soluciones para el control de la glucosa para corroborar la precisión de las tiras de prueba y los monitores</li> </ul> </li> <li>• Para las personas con diabetes que tienen la enfermedad del pie diabético grave, pagamos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (plantillas incluidas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, o</li> <li>○ un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se proporcionan con dichos zapatos)</li> </ul> </li> <li>• En algunos casos, pagamos por capacitación para ayudarlo a manejar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente.</li> </ul> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos |                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Lo que usted paga |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                     | <p><b>Servicios de doula</b></p> <p>Para las personas que están embarazadas, pagamos nueve visitas con una doula durante el período prenatal y posparto, así como apoyo durante el trabajo de parto y el parto. También se pueden proporcionar hasta nueve visitas posparto adicionales.</p> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Lo que usted paga |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados*</b></p> <p>Consulte el <b>Capítulo 12</b> de este <i>Manual para miembros</i> para conocer la definición de “Equipo médico duradero (DME)”.</p> <p>Cubrimos los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sillas de ruedas, incluidas sillas de ruedas eléctricas</li> <li>• muletas</li> <li>• sistemas de colchones eléctricos</li> <li>• almohadilla de presión seca para colchón</li> <li>• suministros para diabéticos</li> <li>• camas de hospital indicadas por un proveedor para uso domiciliario</li> <li>• bombas de infusión intravenosa (IV) y soporte para suero</li> <li>• dispositivos de generación de voz</li> <li>• equipos y suministros de oxígeno</li> <li>• nebulizadores</li> <li>• caminadores</li> <li>• bastón estándar con mango curvo o bastón de cuatro patas y suministros de reemplazo</li> <li>• tracción cervical (por encima de la puerta)</li> <li>• estimulador óseo</li> <li>• equipo para cuidados de diálisis</li> <li>• Otros artículos pueden estar cubiertos</li> </ul> <p>Pagamos todos los DME médicamente necesarios que Medicare y Medi-Cal suelen pagar. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si podría pedirlo de manera especial para usted.</p> <p><b>*Se requiere autorización previa</b></p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lo que usted paga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>Atención de emergencia se refiere a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• brindados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, <b>y</b></li> <li>• necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica.</li> </ul> <p>Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría prever que produzca lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• riesgo grave para su salud o la de su hijo por nacer o</li> <li>• daños graves a las funciones corporales; o</li> <li>• disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o</li> <li>• pérdida de una extremidad, o pérdida de la funcionalidad de una extremidad.</li> <li>• En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.</li> <li>○ El traslado puede representar una amenaza para su salud o seguridad, o para la del bebé por nacer.</li> </ul> </li> </ul> <p>El plan solo cubre la atención de emergencia dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p> | <p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se establezca su emergencia, deberá trasladarse a un hospital de la red para que su atención continúe siendo pagada. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para su atención como paciente hospitalizado solo si nuestro plan aprueba su estadía.</p> |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios de planificación familiar</b></p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• examen y tratamiento médico de planificación familiar</li> <li>• análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico para planificación familiar</li> <li>• métodos de planificación familiar (DIU/DIU, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parches o anillos)</li> <li>• suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón cervical)</li> <li>• servicios limitados de fertilidad, como asesoramiento y educación sobre técnicas de concientización sobre la fertilidad, o asesoramiento de salud antes de la concepción, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS)</li> <li>• asesoramiento y pruebas de VIH y SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH</li> <li>• anticoncepción permanente (Debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía).</li> <li>• asesoramiento genético</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p> |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



| Servicios cubiertos                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                                                                   | <p><b>Servicios de planificación familiar (continuación)</b></p> <p>También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe usar un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para afecciones médicas de infertilidad (Este servicio no incluye formas artificiales de quedar embarazada).</li> <li>• tratamiento para el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH</li> <li>• pruebas genéticas</li> </ul> |                   |
|  | <p><b>Programas educativos de salud y bienestar</b></p> <p>Ofrecemos muchos programas que se enfocan en ciertas afecciones médicas. Entre ellas se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• clases de educación para la salud;</li> <li>• clases de educación nutricional;</li> <li>• abandono del consumo de tabaco, nicotina y del hábito de fumar; <b>y</b></li> <li>• línea de asesoramiento de enfermería</li> </ul> <p>Los programas pueden ofrecerse en persona, por teléfono o por correo.</p>                   | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lo que usted paga                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios para la audición</b></p> <p>Pagamos las pruebas de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertos como atención ambulatoria cuando los obtiene de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>También pagamos los audífonos cuando son recetados por un médico u otro proveedor calificado, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• moldes, suministros e insertos</li> <li>• reparaciones</li> <li>• un primer juego de baterías</li> <li>• seis visitas para capacitación, ajustes y adaptaciones con el mismo proveedor después de obtener el audífono</li> <li>• alquiler de audífonos durante un período de prueba</li> <li>• dispositivos de asistencia auditiva, dispositivos de conducción ósea de uso superficial</li> <li>• servicios de audiología relacionados con audífonos y servicios posteriores a la evaluación</li> </ul> | <p>\$0</p> <p>Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP paga hasta \$1,500 por encima del límite estatal de Medi-Cal de \$1,510 por año para audífonos, moldes, modificaciones y accesorios.</p> <p>El beneficio total se aplica a uno o ambos oídos.</p> |
| <p> <b>Prueba de detección del VIH</b></p> <p>Pagamos un examen de detección del VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pidan una prueba de detección de VIH, o</li> <li>• tengan un mayor riesgo de contraer una infección por VIH.</li> </ul> <p>Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p> <p>También pagamos por las pruebas de detección de VIH adicionales cuando su proveedor las recomiende.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>\$0</p>                                                                                                                                                                                                                                                                             |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Agencia de atención médica a domicilio*</b></p> <p>Antes de que pueda recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe indicarnos que los necesita, y una agencia de atención médica a domicilio debe proporcionarlos. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de casa demanda un gran esfuerzo.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios, y tal vez por otros servicios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de enfermería especializada y asistente para el cuidado de la salud en el hogar de medio tiempo o intermitentes (para estar cubierto por el beneficio de atención médica a domicilio, la combinación de los servicios de enfermería especializada y de asistente para el cuidado de la salud en el hogar deberán tener un total que no supere las 8 horas diarias y las 35 horas semanales).</li> <li>• fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• servicios sociales y médicos</li> <li>• equipo médico y suministros</li> </ul> <p><b>*Se requiere autorización previa</b></p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lo que usted paga |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Terapia de infusión en el hogar*</b></p> <p>Nuestro plan paga la terapia de infusión en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administradas en una vena o aplicadas debajo de la piel y que se le proporcionan en el hogar. Para realizar la infusión en el hogar, se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el fármaco o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina;</li> <li>• equipos, como una bomba; y</li> <li>• suministros, por ejemplo, un tubo o catéter.</li> </ul> <p>Nuestro plan cubre servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios profesionales, incluyendo servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención;</li> <li>• capacitación y educación de los miembros que no estén ya incluidas en el beneficio de DME;</li> <li>• monitoreo remoto; y</li> <li>• servicios de monitoreo para el suministro de la terapia de infusión en el hogar y los medicamentos para la infusión en el hogar por parte de un proveedor calificado de terapia por infusión en el hogar.</li> </ul> <p><b>*Se requiere autorización previa</b></p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|  | <p><b>Atención de un centro de cuidados paliativos (hospicio)</b></p> <p>Tiene derecho a elegir atención de un centro de cuidados paliativos (hospicio) 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 tiene un pronóstico de vida de seis meses o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos para tratar los síntomas y el dolor</li> <li>• atención de relevo a corto plazo</li> <li>• cuidado en el hogar</li> </ul> <p>Los servicios de centro de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su pronóstico de fase terminal se facturan a Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare, en lugar de nuestro plan, le pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios del centro de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A o B relacionados con su enfermedad terminal. Mientras continúe en el programa de centro de cuidados paliativos, el proveedor de cuidados paliativos le facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga.</li> </ul> <p>Servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare:</p> <p><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p> | <p>\$0</p> |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Atención de un centro de cuidados paliativos (hospicio) (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare.</li> <li>Cubrimos los servicios ya sea que se relacionen o no con su pronóstico terminal. Usted <i>no paga nada</i> por estos servicios.</li> </ul> <p>Medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bajo ninguna circunstancia, el centro de cuidados paliativos y el plan cubren los medicamentos simultáneamente. Para obtener más información, consulte el <b>Capítulo 5</b> de este <i>Manual para miembros</i>.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Si tiene una enfermedad grave, puede ser elegible para recibir cuidados paliativos, que brindan atención en equipo basada en el paciente y centrada en la familia para mejorar su calidad de vida. Puede recibir cuidados paliativos al mismo tiempo que la atención curativa o regular. Consulte la sección de Cuidados paliativos a continuación para obtener más información.</p> <p><b>Nota:</b> Si necesita otro tipo de atención que no es de un centro de cuidados paliativos, llame a su coordinador de atención o a Servicio al Cliente para coordinar los servicios. La atención que no es de un centro de cuidados paliativos consiste en la atención que <b>no se</b> relaciona con su enfermedad terminal.</p> |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  | <p><b>Vacunas</b></p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vacunas contra la neumonía</li> <li>• vacunas contra la gripe/influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarias</li> <li>• vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B</li> <li>• vacunas contra la COVID-19</li> <li>• vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)</li> <li>• otras vacunas si presenta un riesgo y se cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare</li> </ul> <p>Pagamos por otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el <b>Capítulo 6</b> de este <i>Manual para miembros</i> para obtener más información.</p> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Lo que usted paga                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados*</b></p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• habitación semiprivada o una habitación privada, si se considera médicamente necesario</li> <li>• comidas, incluidas las dietas especiales</li> <li>• servicios habituales de enfermería</li> <li>• costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios</li> <li>• fármacos y medicamentos</li> <li>• análisis de laboratorio</li> <li>• radiografías y otros servicios de radiología</li> <li>• suministros médicos y quirúrgicos necesarios</li> <li>• dispositivos, como sillas de ruedas</li> <li>• servicios de quirófano y sala de recuperación</li> <li>• fisioterapia, terapia ocupacional y del habla</li> <li>• servicios para abuso de sustancias para pacientes hospitalizados</li> <li>• En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral.</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p> | <p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se establezca su emergencia.</p> |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados* (continuación)</b></p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los centros de servicios de trasplante pueden encontrarse en su localidad o fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplantes están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces usted puede recibir los servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención establecido para su comunidad. Si nuestro plan ofrece servicios de trasplante fuera del patrón de atención de nuestra comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, organizamos o cubrimos los costos de alojamiento y viaje para usted y una persona adicional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sangre, incluso el almacenamiento y la administración</li> <li>• servicios médicos</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe redactar una orden para admitirle formalmente como un paciente hospitalizado en el hospital. Incluso si permanece una noche en el hospital, aun puede considerársele un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i> (Medicare Hospital Benefits). Esta hoja informativa está disponible en <a href="https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li> </ul> <p><b>*Excepto en una emergencia, se requiere autorización previa</b></p> |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico*</b></p> <p>Pagamos por los servicios de atención de salud mental que requieren una estadía en el hosp.</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 local de salud mental del condado paga por los servicios psiquiátricos médicamente necesarios para pacientes hospitalizados. La autorización para recibir atención más allá de los 190 días se coordina con la agencia de salud mental del condado local. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El límite de 190 días <b>no</b> se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se brindan en una unidad psiquiátrica de un hospital general</li> </ul> </li> <li>• Si tiene 65 años o más, pagamos por los servicios que recibe en un Instituto para Enfermedades Mentales (Institute for Mental Diseases, IMD).</li> </ul> <p><b>*Se requiere autorización previa</b></p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta</b></p> <p>No pagamos su estadía como paciente hospitalizado si ha usado todos sus beneficios para paciente hospitalizado o si la estadía no es justificable y médicamente necesaria.</p> <p>No obstante, en determinadas situaciones en las que la atención de hospitalización no esté cubierta, podemos pagar por los servicios que reciba mientras se encuentre en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios, y tal vez por otros servicios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de médicos</li> <li>• pruebas de diagnóstico, como análisis de laboratorio</li> <li>• radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluso los materiales y servicios del técnico</li> <li>• apósitos quirúrgicos</li> <li>• cabestrillos, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones</li> <li>• prótesis y dispositivos ortopédicos, que no sean dentales, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que reemplazan todo o parte de: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente), o</li> <li>○ la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o que funciona de manera incorrecta.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• férulas para la pierna, el brazo, la espalda y el cuello; bragueros; y prótesis de piernas, brazos y ojos. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en su condición</li> <li>• fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional</li> </ul> |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lo que usted paga |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios y suministros para la enfermedad renal</b></p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñarle sobre el cuidado de los riñones y ayudarle a tomar decisiones correctas respecto de su atención médica. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe remitirlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal.</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis que se presten temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de este Manual para miembros, o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible o se encuentre inaccesible temporalmente.</li> <li>• Tratamientos de diálisis para paciente hospitalizado si es ingresado como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención médica especial.</li> <li>• Capacitación para autoadministrarse diálisis, incluyendo capacitación para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar.</li> <li>• Equipos y suministros para diálisis en el hogar.</li> <li>• Ciertos servicios de apoyo domiciliario, como las visitas de trabajadores capacitados en diálisis para controlar la diálisis en el hogar, para ayudarle en situaciones de emergencia y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua, en el caso de ser necesario.</li> </ul> <p>La Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para la diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  <p><b>Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</b></p> <p>Nuestro plan paga la prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tiene entre 50 y 77 años, <b>y</b></li> <li>• tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado, <b>y</b></li> <li>• ha fumado al menos 1 paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma en la actualidad o ha dejado de fumar en los últimos 15 años.</li> </ul> <p>Después de la primera evaluación, nuestro plan paga por una nueva evaluación cada año con una orden escrita de su médico y otro proveedor calificado. Si un proveedor decide brindar asesoramiento sobre la detección de cáncer de pulmón y una consulta relacionada con la toma de decisiones compartida para las pruebas de detección de cáncer de pulmón, dicha consulta deberá cumplir con los criterios de Medicare correspondientes a este tipo de consultas.</p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lo que usted paga |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  <p><b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o con una enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón, cuando lo ordena el médico.</p> <p>Pagamos por tres horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si se consideran médicamente necesarios.</p> <p>Pagamos por dos horas de servicios de asesoramiento personalizado cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede obtener más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico deberá recetar estos servicios y renovar la orden cada año si necesita tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si se consideran médicamente necesarios.</p> | <p>\$0</p>        |
|  <p><b>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p>Nuestro plan paga los servicios del MDPP para personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarle a adoptar comportamientos saludables. Proporciona capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cambios en la dieta a largo plazo, y</li> <li>• aumento de la actividad física, y</li> <li>• formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare*</b></p> <p>Estos medicamentos tienen cobertura de la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, de hospital ambulatorio o de un centro de cirugía ambulatoria</li> <li>• insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)</li> <li>• otros medicamentos que toma con un equipo médico duradero, como los nebulizadores, que nuestro plan autorizó</li> <li>• el medicamento para el Alzheimer Leqembi® (genérico: lecanemab) que se administra por vía intravenosa (IV)</li> <li>• factores de coagulación para que se aplique usted mismo el inyectable, si tiene hemofilia</li> <li>• medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia de medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órganos. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos inyectables para la osteoporosis. Pagamos por estos medicamentos si usted está confinado en su hogar, tiene una fractura de huesos que el médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento</li> <li>• algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada</li> <li>• ciertos medicamentos orales anticancerígenos: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un promedicamento (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que haya nuevos medicamentos contra el cáncer oral disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí</li> <li>• medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas</li> <li>• ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), cubiertos por la Parte B de Medicare</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p> |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Lo que usted paga |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar</li> <li>• algunos medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto contra la heparina (cuando se considere médicamente necesario) y anestésicos de uso tópico</li> <li>• fármacos estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones</li> <li>• inmunoglobulina intravenosa (IV) para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria</li> <li>• nutrición parenteral y enteral (alimentación por vía intravenosa y sonda)</li> <li>• El siguiente enlace lo lleva a una lista de medicamentos de la Parte B de Medicare que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: <a href="http://www.hpsj-mvhp.org">www.hpsj-mvhp.org</a>.</li> </ul> <p>También cubrimos algunas vacunas mediante nuestra Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos mediante nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare.</p> <p>En el <b>Capítulo 5</b> de este <i>Manual para miembros</i> se explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las reglas que debe seguir para obtener los medicamentos cubiertos.</p> <p>En el <b>Capítulo 6</b> de este <i>Manual para miembros</i> se explica lo que debe pagar por los medicamentos a través de nuestro plan.</p> <p><b>*Se requiere autorización previa</b></p> |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Atención en centros de enfermería*</b></p> <p>Un centro de enfermería (nursing facility, NF) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en casa, pero que no necesitan estar hospitalizadas.</p> <p>Los servicios por los que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• habitación semiprivada o una habitación privada si se considera médicamente necesario</li> <li>• comidas, incluidas las dietas especiales</li> <li>• servicios de enfermería</li> <li>• fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• terapia respiratoria</li> <li>• medicamentos que se le suministran como parte de su plan de atención. (Esto incluye las sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre).</li> <li>• sangre, incluso el almacenamiento y la administración</li> <li>• suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los centros de enfermería</li> <li>• análisis de laboratorio, por lo general proporcionados por centros de enfermería</li> <li>• radiografías y otros servicios de radiología, generalmente proporcionados por centros de enfermería</li> <li>• uso de aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por centros de enfermería</li> <li>• servicios del médico/profesional de la salud</li> <li>• equipo médico duradero</li> <li>• servicios dentales, incluyendo dentaduras postizas</li> <li>• beneficios de la vista</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lo que usted paga |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Atención en un centro de enfermería (continuación)*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• exámenes de audición</li> <li>• atención quiropráctica</li> <li>• servicios de podología</li> </ul> <p>Por lo general, usted obtiene la atención médica en centros de la red. Sin embargo, puede obtener su atención médica en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un centro de enfermería o una comunidad para adultos mayores con asistencia continua donde vivía justo antes de hospitalizarse (siempre que le proporcionen atención en un centro de enfermería).</li> <li>• un centro de enfermería donde viva su cónyuge al momento en que usted recibe el alta del hospital.</li> </ul> <p><b>*Se requiere autorización previa</b></p> |                   |
| <p> <b>Evaluación de obesidad y terapia para continuar con la pérdida de peso</b></p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos el asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Debe recibir el asesoramiento en un ámbito de atención primaria. De esa manera, se puede controlar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Lo que usted paga |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios del Programa de Tratamiento con Opioides (OTP)</b></p> <p>Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) a través de un OTP, que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• actividades de admisión</li> <li>• evaluaciones periódicas</li> <li>• medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, administrar y darle esos medicamentos</li> <li>• consejería por consumo de sustancias</li> <li>• terapia individual y grupal</li> <li>• pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas)</li> </ul> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Lo que usted paga |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Artículos de venta libre (OTC)</b></p> <p>Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP cubre algunos productos de venta libre (Over the Counter, OTC) a través de nuestro programa de beneficios complementarios para OTC sin costo alguno para usted. Recibirá una asignación o límite de gasto por trimestre (cada 3 meses) para comprar artículos y suministros OTC en tiendas minoristas, a través del catálogo de pedidos por correo de OTC o en el sitio web de nuestros proveedores. Este beneficio estará disponible el primer día de cada trimestre: 1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre. El monto de asignación sin usar que quede en la tarjeta no pasa al próximo trimestre.</p> <p>Puede usar este beneficio para comprar artículos como acetaminofén, vendas, medicamentos para el resfrío y la tos, y otros productos elegibles que ofrece nuestro proveedor de OTC.</p> <p>asignación trimestral de \$150</p> <p>Los artículos deben estar en la lista de productos OTC aprobados por los CMS.</p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Lo que usted paga |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios*</b></p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• radiografías</li> <li>• terapia de radiación (radio e isótopos) incluyendo materiales y suministros del técnico</li> <li>• insumos quirúrgicos, como vendajes</li> <li>• cabestrillos, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones</li> <li>• análisis de laboratorio</li> <li>• sangre, incluso el almacenamiento y la administración</li> <li>• pruebas diagnósticas que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando el médico u otro proveedor de atención médica las indican para tratar una afección médica</li> <li>• otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios</li> </ul> <p><b>*Es posible que se requiera autorización previa para algunas pruebas y servicios de laboratorio.</b></p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Pagamos los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios para determinar si usted requiere ser ingresado como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta.</p> <p>Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando se brindan por indicación médica o de otra persona autorizada por ley estatal y en cumplimiento con el reglamento del personal hospitalario para el ingreso de pacientes al hospital o la solicitud de pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si permanece una noche en el hospital, aun puede considerársele un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare, <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en <a href="https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a></p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Pagamos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de atención ambulatoria de un hospital con fines de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios brindados en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, como servicios de observación o de cirugía ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si usted necesita ser admitido en el hospital como “paciente hospitalizado”.</li> <li>○ A veces, usted puede estar en el hospital durante la noche y aun así ser “paciente ambulatorio”.</li> <li>○ Puede obtener más información sobre ser paciente hospitalizado o paciente ambulatorio en esta hoja informativa: <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a>.</li> </ul> </li> <li>• Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital</li> <li>• Atención médica de salud mental, incluida la atención en un programa de internación parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin dicha atención</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital</li> <li>• Suministros médicos, como tablillas y yesos.</li> <li>• Pruebas de detección preventivas y servicios que figuren en la Tabla de beneficios</li> <li>• Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo</li> </ul> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios en los siguientes casos:</b></p> <p>Pagamos los servicios de salud mental que proporciona:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un psiquiatra o médico con licencia estatal</li> <li>• un psicólogo clínico</li> <li>• un trabajador social clínico</li> <li>• un especialista en enfermería clínica</li> <li>• un consejero profesional con licencia (licensed professional counselor, LPC)</li> <li>• un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT)</li> <li>• un personal de enfermería especializado (nurse practitioner, NP)</li> <li>• un asistente médico (physician assistant, PA)</li> <li>• cualquier otro profesional de atención médica de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables</li> </ul> <p>Pagamos por los siguientes servicios, y tal vez por otros servicios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios clínicos</li> <li>• tratamiento diurno</li> <li>• servicios de rehabilitación psicosocial</li> <li>• programas de hospitalización parcial o intensivos para pacientes ambulatorios</li> <li>• evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal</li> <li>• pruebas psicológicas, si están clínicamente indicadas, para evaluar una enfermedad de salud mental</li> <li>• servicios para pacientes ambulatorios con el propósito de supervisar la terapia con medicamentos</li> <li>• análisis de laboratorio, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios</li> <li>• consultas psiquiátricas</li> </ul> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Lo que usted paga |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                     | <p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Pagamos la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de los departamentos de atención ambulatoria de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF) y otros centros.</p>                                                                                                                                                                                                            | \$0               |
|                     | <p><b>Servicios para trastornos por consumo de sustancias</b></p> <p>Pagamos por los siguientes servicios, y tal vez por otros servicios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• evaluación y consejería sobre el consumo de alcohol</li> <li>• tratamiento por abuso de drogas</li> <li>• consejería grupal o individual por parte de un profesional clínico calificado</li> <li>• desintoxicación subaguda en un programa residencial de adicciones</li> <li>• servicios relacionados con alcohol y/o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios</li> <li>• tratamiento con naltrexona (vivitrol) de liberación prolongada</li> </ul> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lo que usted paga |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Cirugía ambulatoria*</b></p> <p>Pagamos la cirugía ambulatoria y los servicios en centros de salud hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p><b>Nota:</b> Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor indique por escrito que deben admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted será un paciente ambulatorio. Incluso si permanece una noche en el hospital, aun puede considerársele un “paciente ambulatorio”.</p> <p><b>*Se requiere autorización previa</b></p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Lo que usted paga |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Cuidados paliativos</b></p> <p>Los cuidados paliativos están cubiertos por nuestro plan. Los cuidados paliativos son para personas con enfermedades graves. Proporcionan una atención centrada en el paciente y la familia que mejora la calidad de vida al anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento. Los cuidados paliativos <b>no son</b> cuidados de un centro de cuidados paliativos, por lo tanto, no es necesario tener una esperanza de vida de seis meses o menos para calificar para recibir los cuidados paliativos. Los cuidados paliativos pueden brindarse al mismo tiempo que la atención curativa/regular.</p> <p>Los cuidados paliativos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• planificación anticipada de la atención</li> <li>• evaluación y consulta de cuidados paliativos</li> <li>• un plan de atención que incluya todos los cuidados paliativos y curativos autorizados, incluidos los servicios de salud mental y sociales médicos</li> <li>• servicios de su equipo de atención designado</li> <li>• coordinación de la atención</li> <li>• manejo del dolor y de los síntomas</li> </ul> <p>Es posible que no reciba atención de un centro de cuidados paliativos y cuidados paliativos al mismo tiempo si es mayor de 21 años. Si usted recibe cuidados paliativos y cumple con los requisitos para recibir atención de un centro de cuidados paliativos, puede solicitar el cambio en cualquier momento.</p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios*</b></p> <p>El programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio para pacientes ambulatorios en un hospital o a través de un centro de salud mental comunitario que es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia. Le puede ayudar a evitar que permanezca en el hospital.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual (mental) activa que se brinda como un servicio para pacientes ambulatorios en un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consultorio de consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p><b>*Se requiere autorización previa</b></p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios brindados por médicos y proveedores, incluidas las visitas al consultorio médico</b></p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios en lugares como:</li> <li>• consultorio del médico</li> <li>• centro quirúrgico ambulatorio certificado</li> <li>• departamento de atención para pacientes ambulatorios de un hospital</li> <li>• consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista</li> <li>• evaluación de la audición básica y examen de equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria, si está indicado por un médico para determinar si necesita tratamiento</li> <li>• servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros que reciben diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal con base en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio</li> <li>• servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral</li> <li>• servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concomitante</li> <li>• servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar trastornos de salud mental, si:</li> <li>• tiene una consulta presencial dentro de los 6 meses previos a su primera consulta de telesalud</li> <li>• tiene una consulta presencial cada 12 meses mientras se encuentre recibiendo servicios de telesalud</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Servicios brindados por médicos y proveedores, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias</li> <li>• servicios de telesalud para consultas de salud mental, proporcionados en clínicas de salud rural y centros de salud acreditados a nivel federal.</li> <li>• revisiones virtuales, por teléfono o videoconferencia, con el médico durante 5 a 10 minutos, <b>si</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ no es un paciente nuevo, <b>y</b></li> <li>○ la revisión virtual no está relacionada con una visita al consultorio realizada en los últimos 7 días, <b>y</b></li> <li>○ la revisión virtual no lleva a una visita al consultorio en las próximas 24 horas ni a una cita médica programada a la brevedad posible</li> </ul> </li> <li>• Evaluación de video y/o imágenes que envíe al médico, así como la interpretación y el seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas, <b>si</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ no es un paciente nuevo, <b>y</b></li> <li>○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada en los últimos 7 días, <b>y</b></li> <li>○ la evaluación no lleva a una visita al consultorio en las próximas 24 horas ni a cita médica programada a la brevedad posible</li> </ul> </li> <li>• Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet, o registros electrónicos de salud si no es un paciente nuevo.</li> <li>• Segunda opinión antes de la cirugía</li> </ul> |                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



| Servicios cubiertos                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                                                                   | <p><b>Servicios de podología*</b></p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo del pie en martillo o espolón calcáneo)</li> <li>• cuidado de los pies de rutina para miembros con problemas que afectan las piernas, como diabetes</li> </ul> <p><b>*Se requiere autorización previa</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0               |
|  | <p><b>Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH</b></p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p>Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento para PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por la inyección.</li> <li>• Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia a los medicamentos) cada 12 meses.</li> <li>• Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses.</li> <li>• Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.</li> </ul> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  | <p><b>Pruebas de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Para los hombres de 50 años o más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• un examen rectal digital</li><li>• una prueba de antígeno prostático específico (prostate specific antigen, PSA)</li></ul> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Lo que usted paga                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <p><b>Prótesis y dispositivos ortopédicos y suministros relacionados*</b></p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan la totalidad o parte de un miembro o de una función del cuerpo. Estos incluyen, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos</li> <li>• bolsas de colostomía y materiales relacionados con la atención de la colostomía</li> <li>• nutrición enteral y parenteral, incluidos kits de suministro de alimentación, bomba de infusión, tubo y adaptador, soluciones e insumos para inyecciones autoadministradas</li> <li>• marcapasos</li> <li>• férulas</li> <li>• zapatos protésicos</li> <li>• brazos y piernas artificiales</li> <li>• prótesis de seno (incluido un sujetador quirúrgico después de una mastectomía)</li> <li>• prótesis para reemplazar total o parcialmente una parte externa del rostro que fue removida o dañada como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito</li> <li>• crema y pañales para la incontinencia</li> </ul> <p>Pagamos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos. También pagamos para reparar o reemplazar dispositivos ortopédicos y prótesis.</p> <p>Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de las cataratas o luego de la cirugía de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta tabla para obtener más detalles.</p> <p><b>*Se requiere autorización previa</b></p> | <p>\$0</p> <p>(Se requiere autorización previa)</p> |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                                                                   | <p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ya sea en etapa moderada o muy grave. Debe tener una orden médica para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata a la EPOC.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$0               |
|  | <p><b>Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C</b></p> <p>Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la ordena y usted cumple con una de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Está en alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas.</li> <li>• Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.</li> <li>• Nació entre 1945 y 1965.</li> </ul> <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si tiene alto riesgo (por ejemplo, si ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de hepatitis C negativa), cubrimos las pruebas de detección anuales.</p> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Lo que usted paga |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  <p><b>Detección y asesoramiento para infecciones de transmisión sexual (ITS)</b></p> <p>Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de atención primaria debe indicar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También pagamos un máximo de dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos que presenten un mayor riesgo de padecer ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si lo brinda un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben tener lugar en un ámbito de atención primaria, como un consultorio médico.</p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Lo que usted paga |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)*</b></p> <p>Para conocer la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el <b>Capítulo 12</b>.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios, y tal vez por otros servicios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• habitación semiprivada o habitación privada si fuese médicamente necesario</li> <li>• comidas, incluidas las dietas especiales</li> <li>• servicios de enfermería especializada</li> <li>• fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• los medicamentos que usted recibe como parte de su plan de atención, incluyendo sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación</li> <li>• sangre, incluso el almacenamiento y la administración</li> <li>• suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por SNF</li> <li>• análisis de laboratorio proporcionados por SNF</li> <li>• radiografías y otros servicios de radiología administrados por centros de enfermería</li> <li>• aparatos, como sillas de ruedas, por lo general proporcionados por centros de enfermería</li> <li>• servicios de médicos/proveedores</li> </ul> <p>Para calificar para recibir atención en un centro de enfermería especializada, el médico debe certificar que necesita atención especializada diaria. Cubre 100 días de atención en un SNF durante cada período de beneficios</p> <p><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Lo que usted paga |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Atención médica en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)*</b></p> <p>Por lo general, recibe atención médica en un SNF de centros de la red. Bajo determinadas condiciones, puede obtener su atención en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un centro de enfermería especializada o una comunidad de retiro con atención continua donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde atención de enfermería especializada)</li> <li>• un centro de enfermería donde viva su cónyuge al momento en que usted recibe el alta del hospital</li> </ul> <p><b>*Se requiere autorización previa</b></p>                                                                                                                                         |                   |
| <p> <b>Dejar de fumar y de usar tabaco</b></p> <p>Si consume tabaco, no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco, y desea o necesita dejarlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagamos dos intentos para dejar de fumar en un período de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento para dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas presenciales de consejería.</li> </ul> <p>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagamos por dos intentos de consejería para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro consultas presenciales.</li> </ul> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Terapia de ejercicios supervisados (SET)*</b></p> <p>Pagamos la terapia SET para miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (peripheral artery disease, PAD)</p> <p>Nuestro plan paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos del programa SET</li> <li>• 36 sesiones adicionales con el tiempo, si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario</li> </ul> <p>El programa SET debe ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de ejercicio para la enfermedad arterial periférica (PAD) en miembros con calambres en las piernas debido a mala circulación (claudicación)</li> <li>• en un entorno ambulatorio hospitalario o en el consultorio de un médico</li> <li>• proporcionado por personal calificado que asegure que el beneficio sea mayor que el riesgo y que esté capacitado en terapia de ejercicio para PAD</li> <li>• bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero especializado con entrenamiento en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital</li> <li>• No se requiere autorización previa para la visita inicial. Se requiere autorización previa para visitas adicionales.</li> </ul> <p><b>*Se requiere autorización previa</b></p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Transporte: transporte médico que no es de emergencia</b></p> <p>Este beneficio permite el transporte médico para un servicio cubierto por su plan y por Medicare. Esto puede incluir: servicios de transporte médico en ambulancia, vehículo camilla, vehículo para silla de ruedas y coordinación con transporte paratransito.</p> <p>Las formas de transporte están autorizadas cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Su proveedor médico determina que su condición médica o física no le permite viajar en autobús, automóvil de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público o privado, <b>y</b> se requiere autorización previa. Deberá llamar a su plan para programar un viaje</li> <li>• Para solicitar el transporte médico que su médico le haya indicado para citas no urgentes (de rutina), llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526, TTY 711, al menos de siete (7) a diez (10) días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para citas urgentes, llame lo antes posible.</li> </ul> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lo que usted paga |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                     | <p><b>Transporte: transporte no médico</b></p> <p>Este beneficio permite el transporte a los servicios médicos en automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público/privado.</p> <p>El transporte es necesario para obtener la atención médica necesaria que cubre Medi-Cal, incluido el transporte para ir a las citas dentales y a recoger los medicamentos. El transporte para los servicios doblemente cubiertos por Medi-Cal y Medicare están cubiertos.</p> <p>Para solicitar transporte para servicios que han sido autorizados, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711) al menos de siete (7) a diez (10) días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita, o tan pronto como pueda cuando tenga una cita urgente.</p> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Atención necesaria de urgencia</b></p> <p>La atención necesaria de urgencia es la atención que se brinda para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una situación que no se considera de emergencia y requiere atención médica inmediata, o</li> <li>• una enfermedad inesperada, o</li> <li>• una lesión, o</li> <li>• una afección que requiere atención inmediata.</li> </ul> <p>Si necesita atención médica necesaria de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. No obstante, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red porque, dado el momento, el lugar o las circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener este servicio de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección inesperada, pero no es una emergencia médica).</p> <p>La atención de urgencia está cubierta fuera de la red sin autorización previa.</p> <p>No está cubierta fuera de los Estados Unidos, excepto en situaciones limitadas.</p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Lo que usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  <p><b>Atención de la vista</b></p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un examen de la vista de rutina al año;</li> <li>• lentes básicos (monofocales, bifocales con línea, trifocales con línea o lenticulares; límite de un par cada dos años);</li> <li>• anteojos (monturas y lentes) cada dos años;</li> <li>• \$300 para monturas o \$115 para lentes de contacto.</li> </ul> <p>Pagamos los servicios médicos para pacientes ambulatorios con fines de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• personas con antecedentes familiares de glaucoma</li> <li>• personas con diabetes</li> <li>• afroamericanos de 50 años o más</li> <li>• hispanoamericanos de 65 años o más</li> </ul> <p>Para las personas con diabetes, pagamos la prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año.</p> <p>Pagamos por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserta una lente intraocular.</p> <p>Si tiene dos cirugías de cataratas independientes, 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 recibió un par de anteojos después de la primera cirugía.</p> | <p>\$0</p>        |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| Servicios cubiertos                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Lo que usted paga |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  | <p><b>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</b></p> <p>Cubrimos una visita preventiva, por única vez, de “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• una evaluación de su salud,</li><li>• educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos los exámenes y las vacunas), y</li><li>• derivaciones a otro tipo de atención si lo necesita.</li></ul> <p><b>Nota:</b> Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio médico que desea programar la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> | \$0               |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## E. Apoyos comunitarios

Puede recibir apoyo conforme a su plan de atención individualizada. Los Apoyos comunitarios son servicios o entornos alternativos, médicamente apropiados y rentables, en comparación con los que están cubiertos por el Plan Medi-Cal estatal. Son servicios opcionales para los miembros. Si califica, estos servicios podrían ayudarlo a tener mayor independencia. No reemplazan los beneficios que usted ya tiene con Medi-Cal.

Ejemplos de Apoyos comunitarios que ofrecemos incluyen: alimentos y comidas con apoyo médico o comidas adaptadas médicamente, ayuda para usted o su cuidador, o barras de apoyo para la ducha y rampas.

- **Servicios de navegación para la transición de vivienda:** Asistencia para buscar, obtener y mantener vivienda. Los miembros elegibles sin hogar deben cumplir con los criterios de Apoyos comunitarios del DHCS, y los servicios pueden brindarse si son apropiados y están autorizados por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP.
- **Depósitos para vivienda:** Asistencia con la coordinación, depósitos de seguridad y servicios iniciales para establecer una vivienda básica que no constituya habitación y comida. Los miembros elegibles sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar deben cumplir con los criterios de Apoyos comunitarios del DHCS y pueden recibir este servicio si es apropiado y está autorizado por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Este servicio está disponible una vez en la vida, y la persona debe recibir servicios de navegación de transición de vivienda junto con este servicio.
- **Servicios de arrendamiento y mantenimiento de viviendas:** Servicios para ayudar a las personas a mantener una vivienda segura y estable una vez asegurada la vivienda. Los miembros elegibles sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar deben cumplir con los criterios de Apoyos comunitarios del DHCS y pueden ser proporcionados, si corresponde, y autorizados por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Este servicio está disponible por una única duración en la vida de la persona y solo se aprobará una vez adicional si es médicamente apropiado.
- **Vivienda posterior a la hospitalización a corto plazo:** Proporciona a aquellos que no tienen residencia y que tienen importantes necesidades médicas o de salud conductual un lugar para recuperarse después de una estadía en un hospital o centro. Los miembros elegibles deben tener necesidades médicas/de salud conductual, no tener hogar o estar en riesgo de quedarse sin hogar y



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

cumplir con los criterios de Apoyos comunitarios del DHCS. Además, se debe determinar que este servicio es apropiado y autorizado por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Este servicio está disponible una vez en la vida de una persona y no debe exceder una duración de 6 meses por episodio.

- **Atención de recuperación:** Proporciona alojamiento a corto plazo junto con servicios médicos y coordinación de la atención para personas que ya no requieren hospitalización, pero necesitan recuperarse de una lesión o una enfermedad. Los miembros elegibles incluyen aquellos con necesidades médicas o de salud conductual que se encuentran sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar y carecen de ciertos apoyos, y que cumplen con los criterios de Apoyos comunitarios del DHCS. Además, se debe determinar que este servicio es apropiado y autorizado por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Este servicio es por no más de 90 días de duración continua.
- **Comidas/comidas médicamente adaptadas:** Este servicio ayuda a los miembros a alcanzar sus objetivos de nutrición en momentos críticos para ayudarlos a recuperar y mantener la salud. Los miembros elegibles incluyen personas con enfermedades crónicas, aquellas que reciben el alta de hospitales o centros de enfermería y personas con amplias necesidades de coordinación de la atención. Los miembros elegibles deben cumplir con los criterios de Apoyos comunitarios del DHCS y se debe determinar que el servicio es apropiado y autorizado por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Disponible para hasta dos comidas por servicios de alimentación y nutrición de apoyo médico hasta por 12 semanas o más si es médicamente necesario. Las comidas no deben ser elegibles para ser reembolsadas por otros programas y no deben estar cubiertas únicamente para responder a la inseguridad alimentaria.
- **Centro de sobriedad:** Lugar de corto plazo para que los miembros se recuperen de la intoxicación cuando se les encuentra bajo la influencia en lugares públicos y que, de otro modo, serían transportados a servicios de emergencia o a la cárcel. Los miembros elegibles deben tener 18 años o más, estar intoxicados y no sufrir problemas médicos; deberían de lo contrario ser transportados al departamento de emergencias o a la cárcel; y son aptos para que se los remita a un centro de sobriedad. El servicio está cubierto por una duración inferior a 24 horas. Los centros de sobriedad no requieren autorización previa, y los miembros pueden acudir directamente a los proveedores de los centros de sobriedad para recibir servicios.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- **Remediación del asma:** Cambios físicos en el hogar necesarios para ayudar a los miembros a vivir en el hogar sin episodios de asma. Los miembros elegibles incluyen aquellos con asma mal controlada, con visitas frecuentes de emergencia o cuidado urgente, y con una remisión de un proveedor. El servicio debe cumplir con los criterios de Apoyos comunitarios del DHCS y ser determinado como apropiado y autorizado por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Este servicio está disponible hasta un máximo de por vida, a menos que la afección del miembro respalde una necesidad adicional.
- **Adaptaciones de accesibilidad ambiental (modificaciones en el hogar):** Cambios físicos en el hogar para permitir que un individuo funcione con mayor independencia y no requiera atención en un centro de enfermería. Los miembros elegibles incluyen aquellos que están en riesgo de institucionalización y cumplen con los criterios de Apoyos comunitarios del DHCS. Se debe determinar que los servicios son apropiados y autorizados por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Este servicio está disponible hasta un máximo de por vida, a menos que la afección del miembro respalde una necesidad adicional.
- **Programas de habilitación diurnos:** Programas diseñados para ayudar al miembro a obtener y mejorar la autoayuda, las habilidades sociales y las habilidades de adaptación para vivir exitosamente en un entorno natural. Los miembros elegibles pueden incluir personas sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar y que cumplen con los criterios de Apoyos comunitarios del DHCS. Se debe determinar que los servicios son apropiados y autorizados por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Este servicio está disponible para los miembros según sea médicamente apropiado.
- **Servicios de cuidado personal y trabajo doméstico:** Servicios brindados a personas que necesitan ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse o alimentarse. Los miembros elegibles pueden incluir miembros en riesgo de recibir cuidado en un centro de enfermería, miembros con discapacidades, miembros que carecen de apoyo social y miembros de servicios de apoyo en el hogar (IHSS). Los servicios deben cumplir con los criterios de apoyo comunitario del DHCS y ser determinados apropiados y autorizados por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Este servicio está disponible según sea médicamente apropiado.
- **Servicios de relevo:** Servicios a corto plazo brindados a cuidadores de quienes requieren supervisión temporal ocasional, para brindar alivio al cuidador. Los miembros elegibles pueden incluir miembros que viven en la comunidad, tienen



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



impedimentos en sus actividades de la vida diaria, dependen de sus cuidadores para que les brinden la mayor parte del apoyo, y requieren ayuda del cuidador para evitar la colocación institucional. Los servicios deben cumplir con los criterios de Apoyos comunitarios del DHCS y ser determinados apropiados y autorizados por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. El límite de servicio es de hasta 336 horas por año calendario. Este servicio incluye todos los servicios a domicilio y en las instalaciones. Se pueden hacer excepciones al límite de 336 horas por año calendario con la autorización de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP si el cuidador experimenta un episodio, incluyendo tratamiento médico y hospitalización.

- **Transición/derivación a un centro de enfermería a un centro de vida asistida:** Servicios para ayudar a los miembros a vivir en la comunidad y evitar estadías en centros de enfermería cuando sea posible. Los miembros elegibles son aquellos que han residido en un centro de enfermería durante más de 60 días, y están dispuestos y son capaces de hacer la transición y ser derivados a un centro de vida asistida. Los servicios deben cumplir con los criterios de Apoyos comunitarios del DHCS y ser determinados apropiados y autorizados por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Los miembros pueden recibir servicios según sea médicamente apropiado. Los miembros son directamente responsables de pagar sus propios gastos de manutención.
- **Servicios de transición a la comunidad y de transición de un centro de enfermería a un hogar:** Servicios para ayudar a los miembros a vivir en la comunidad y evitar una mayor institucionalización proporcionando gastos de instalación no recurrentes para las personas que hacen la transición de un centro con licencia a un arreglo de vivienda en una residencia privada. Los miembros elegibles son aquellos que actualmente reciben el nivel de cuidado médicamente necesario en un centro, han vivido más de 60 días y están interesados y pueden residir de manera segura en la comunidad. Los servicios deben cumplir con los criterios de Apoyos comunitarios del DHCS y ser determinados apropiados y autorizados por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Los servicios de transición comunitaria se pagan hasta un monto máximo total de por vida. La única excepción al máximo total es si el miembro se ve obligado a mudarse de un arreglo de vivienda operado por un proveedor a un arreglo de vivienda en una residencia privada debido a circunstancias fuera de su control. Los miembros pueden recibir servicios según sea médicamente apropiado.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Si usted o su proveedor necesitan ayuda o desean saber qué Apoyos comunitarios pueden estar disponibles para usted, llame al 1-888-361-7526 (TTY 711) o llame a su proveedor de atención médica.



---

**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

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

### F1. Transiciones Comunitarias de California (CCT)

El programa de Transiciones Comunitarias de California (California Community Transitions, CCT) utiliza Organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal, que han vivido en un centro para pacientes hospitalizados durante al menos 60 días consecutivos, a hacer la transición de regreso y permanecer de manera segura en un entorno comunitario. El programa CCT financia los servicios de coordinación de la transición durante el período previo a la transición y durante los 365 días posteriores a la transición para ayudar a los beneficiarios a regresar a un entorno comunitario.

Puede obtener servicios de coordinación de transición de cualquier organización líder de CCT que preste servicios en el condado en el que vive. Puede encontrar una lista de las organizaciones líderes de CCT y los condados a los que sirven en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica en:  
[www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT).

#### Para los servicios de coordinación de transición del CCT

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

#### Para servicios no relacionados con su transición del CCT

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

Mientras usted recibe los servicios de coordinación de transición del CCT, nosotros pagamos por los servicios listados en la Tabla de beneficios en la **Sección D**.

#### No hay cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos

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

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



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## F2. Medi-Cal Dental

Determinados servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental. Encontrará más información en el sitio web de [SmileCalifornia.org](http://SmileCalifornia.org). Medi-Cal Dental incluye, entre otros, servicios como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor
- restauraciones y coronas
- tratamiento de conducto
- dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y revestimientos

Para obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles en Medi-Cal Dental, o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, comuníquese con la línea de Servicio al Cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratis. Los representantes de Medi-Cal Dental están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede visitar el sitio web en [smilecalifornia.org/](http://smilecalifornia.org/) para obtener más información.

En los condados de Sacramento y Los Ángeles, puede obtener los beneficios dentales de Medi-Cal a través de un plan de atención dental administrada (Dental Managed Care, DMC). Si desea obtener más información sobre los planes dentales de Medi-Cal o desea realizar cambios, comuníquese con Health Care Options al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita. Los contactos del plan DMC también están disponibles aquí:

[www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx).

[www.hpsm.org/dental](http://www.hpsm.org/dental)

## F3. Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)

- El programa IHSS ayudará a pagar a los proveedores de atención médica inscritos por los servicios que se le brindaron para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. El IHSS se considera una alternativa al cuidado fuera del hogar, como los asilos de ancianos o las residencias con servicios asistenciales.
- Para recibir los servicios, se realiza una evaluación para determinar qué tipos de servicios pueden autorizarse para cada participante en función de sus necesidades. Los tipos de servicios que pueden autorizarse a través de IHSS son la limpieza del hogar, la preparación de comidas, la lavandería, las compras de comestibles, los servicios de cuidado personal (como el cuidado de los intestinos y la vejiga, el baño, el aseo y los servicios paramédicos), el



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

acompañamiento a las citas médicas y la supervisión de protección para los discapacitados mentales.

- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar el IHSS con la agencia de servicios sociales de su condado. También puede llamar a la Agencia de Servicios Humanos de San Joaquin al 1-209-468-1104, a la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Stanislaus al 1-209-558-2637, a Salud y Servicios Humanos de Alpine al 1-530-694-2235 y a Salud y Servicios Humanos de El Dorado al 1-530-642-4800.

#### **F4. Programas de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) conforme a la sección 1915(c)**

##### **Exención de Vida Asistida (ALW)**

- El programa de Exención de Vida Asistida (Assisted Living Waiver, ALW) ofrece a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal la opción de residir en un entorno de vida asistida como alternativa a la colocación a largo plazo en un centro de enfermería. El objetivo del ALW es facilitar la transición del centro de enfermería de regreso a un entorno hogareño y comunitario o evitar las admisiones de enfermería especializada para los beneficiarios con una necesidad inminente de colocación en un centro de enfermería.
- Los miembros que están inscritos en ALW pueden permanecer inscritos en ALW mientras reciben los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con la agencia de coordinación de la atención de ALW para coordinar los servicios que recibe.
- Actualmente, el programa ALW solo está disponible en los siguientes condados: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara y Sonoma.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar el programa ALW. También puede visitar <https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/List-of-Approved-CCAs.aspx> para obtener más información sobre ALW.

##### **Exención HCBS para Californianos con Discapacidades del Desarrollo (HCBS-DD)**

##### **Exención del Programa de Autodeterminación de California (California Self-Determination Program, SDP) para personas con discapacidades del desarrollo**



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Hay dos exenciones 1915(c), la Exención HCBS-DD y la Exención SDP, que brindan servicios a las personas que han sido diagnosticadas con una discapacidad del desarrollo que comienza antes de que el individuo cumpla 18 años y se espera que continúe indefinidamente. Ambas exenciones son una forma de financiar ciertos servicios que permiten a las personas con discapacidades del desarrollo vivir en su hogar o en la comunidad, en lugar de residir en un centro de salud autorizado. Los costos de estos servicios son financiados conjuntamente por el programa Medicaid del gobierno federal y el estado de California. Su coordinador de atención puede ayudarle a conectarse con los servicios de Exención DD.

### **Exención de Alternativas Basadas en el Hogar y la Comunidad (HCBA)**

- La Exención HCBA proporciona servicios de administración de la atención a personas en riesgo de ser colocadas en un hogar de ancianos o en una institución. Los servicios de administración de la atención son proporcionados por un Equipo de administración de la atención multidisciplinario compuesto por un profesional de enfermería y un trabajador social. El equipo coordina los servicios de exención y del plan estatal (como servicios médicos, de salud conductual, servicios de apoyo en el hogar, etc.) y organiza otros servicios y apoyos a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de administración de la atención y de exención se proporcionan en la residencia basada en la comunidad del participante. Esta residencia puede ser de propiedad privada, asegurada a través de un acuerdo de arrendamiento de inquilinos o la residencia de un miembro de la familia de un participante.
- Los miembros que están inscritos en la Exención HCBA pueden permanecer inscritos en la Exención HCBA mientras reciben los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención de HCBA para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarlo a solicitar el programa HCBA. También puede llamar a Administración de la atención en el hogar si vive los condados de San Joaquin o El Dorado al 1-800-400-0727 o visitar <https://homeandhealthcaremanagement.com/>. Si vive en los condados de Alpine o Stanislaus, comuníquese con Libertana Home Health al 1-800-750-1444 o visite <https://libertana.com>

### **Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP)**

- El Programa de Exención de Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) proporciona servicios integrales de administración de casos y atención directa a



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

personas que viven con VIH como una alternativa a la atención en un centro de enfermería u hospitalización. La administración de casos es un enfoque de equipo centrado en el participante que consiste en un personal de enfermería acreditado y un administrador de casos de trabajo social. Los administradores de casos trabajan con el participante y los proveedores de atención primaria, la familia, los cuidadores y otros proveedores de servicios para evaluar las necesidades de atención para mantener al participante en su hogar y comunidad.

- Los objetivos del MCWP son: (1) proporcionar servicios domiciliarios y basados en la comunidad para personas con VIH que, de otro modo, podrían necesitar servicios institucionales; (2) ayudar a los participantes con el manejo de la salud del VIH; (3) mejorar el acceso al apoyo social y de salud conductual; y (4) coordinar a los proveedores de servicios y eliminar la duplicación de servicios.
- Los miembros que están inscritos en la Exención MCWP pueden permanecer inscritos en la Exención MCWP mientras reciben los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con la agencia de Exención MCWP para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarlo a solicitar el programa MCWP. También puede llamar a Rx Staffing and Home Care, Inc. al 916-485-8200 si vive en el condado de San Joaquin. Si vive en el condado de El Dorado, puede comunicarse con Sierra Foothills AIDS Foundation al 530-889-2437. Para los condados de Alpine y Stanislaus o para obtener información adicional, también puede visitar [https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_MCWP\\_Provider\\_List.aspx](https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx).

### **Programa de Servicios Multipropósito para Personas Mayores (MSSP)**

- Programa de Servicios Multipropósito para Personas Mayores (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) proporciona servicios de administración de la atención médica y social para ayudar a las personas a permanecer en sus hogares y comunidades.
- Si bien la mayoría de los participantes del programa también reciben Servicios de apoyo en el hogar, el MSSP proporciona coordinación continua de la atención, vincula a los participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, coordina con proveedores de atención médica y compra algunos servicios necesarios que de otro modo no estarían disponibles para prevenir o retrasar la institucionalización. El costo anual total combinado de la



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

administración de la atención y otros servicios debe ser menor que el costo de recibir atención en un centro de enfermería especializada.

- Un equipo de profesionales de servicios sociales y de salud proporciona a cada participante del MSSP una evaluación psicosocial y de salud completa para determinar los servicios necesarios. Luego, el equipo trabaja con el participante del MSSP, su médico, su familia y otros para desarrollar un plan de atención individualizado. Los servicios incluyen:
  - administración de la atención
  - cuidado diurno para adultos
  - mantenimiento/repaciones menores del hogar
  - servicios complementarios de tareas domésticas, cuidado personal y supervisión de protección
  - servicios de relevo
  - servicios de transporte
  - consejería y servicios terapéuticos
  - servicios de comidas
  - servicios de comunicación
- Los miembros que están inscritos en la Exención MSSP pueden permanecer inscritos en la Exención MSSP mientras reciben los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor del MSSP para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar el MSSP. También puede llamar a Catholic Charities al 209-444-5931 o visitar <https://www.ccstockton.org> si vive en el condado de San Joaquin. Si vive en el condado de Stanislaus, puede llamar al 209-558-8698 o visitar <https://www.stancounty.com/aging/mssp.shtm>. Si vive en los condados de Alpine o El Dorado, puede llamar a California Health Collaborative al 1-888-752-6777 o visitar <https://healthcollaborative.org/program/multipurpose-senior-services-program-mssp/contact-us/>.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



## **F5. Servicios de Salud Conductual del Condado proporcionados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias)**

Tiene acceso a los servicios de salud conductual médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a servicios de salud conductual cubiertos por Medicare y la atención médica administrada de Medi-Cal. Nuestro plan no proporciona servicios de salud mental de especialidad de Medi-Cal ni servicios para trastornos por consumo de sustancias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través de las agencias de salud conductual del condado.

Tiene disponibles servicios de salud mental especializados cubiertos por Medi-Cal a través del plan de salud mental (MHP) de su condado. Podrá recibirlos si cumple ciertos criterios de acceso. Los servicios de salud mental de especialidad de Medi-Cal proporcionados por MHP de su condado incluyen:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo con medicamentos
  - servicios intensivos de tratamiento diurno
- rehabilitación diurna
  - servicios de intervención en casos de crisis
  - servicios de estabilización de crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial en casos de crisis
- servicios de centros de salud psiquiátrica
- servicios hospitalarios para pacientes psiquiátricos hospitalizados
- administración de casos específicos
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención en caso de crisis basados en la comunidad
- servicios terapéuticos de salud conductual
- atención terapéutica en hogar sustituto
- coordinación de la atención intensiva
- servicios intensivos en el hogar



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- reinserción de personas con antecedentes penales
- tratamiento comunitario asertivo (ACT)
- tratamiento comunitario asertivo forense (FACT)
- atención de especialidad coordinada (CSC) para primer episodio de psicosis (FEP)
- servicios de apoyo comunitario tipo Clubhouse
- servicios de trabajadores en salud comunitaria (CHW) mejorados

Los servicios del Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos están disponibles para usted a través de la agencia de salud conductual de su condado si cumple con los criterios para recibir estos servicios.

servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios

- tratamiento perinatal residencial por trastornos por consumo de sustancias
- servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- programa de tratamiento de narcóticos
- medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado Tratamiento asistido por medicamentos)
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención en caso de crisis basados en la comunidad
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (para miembros menores de 21 años)

Los servicios del Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal incluyen:

- servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- servicios de hospitalización parcial
- medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado Tratamiento asistido por medicamentos)



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- servicios de tratamiento residencial
- servicios de manejo de la abstinencia
- programa de tratamiento de narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de la atención
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención en caso de crisis basados en la comunidad
- servicios de manejo de contingencias
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (para miembros menores de 21 años)
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

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

---

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

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

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos no cubiertos por nosotros bajo ninguna condición y algunos excluidos por nosotros solo en algunos casos.

No pagamos por los beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección, ni en ninguna otra parte de este *Manual para miembros*, excepto en situaciones específicas enumeradas. Aunque reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará por los servicios. Si cree que nuestro plan debería pagar por un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

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



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- servicios considerados como no “razonables y médicamente necesarios”, según Medicare y Medi-Cal, a menos que figuren como servicios cubiertos
- tratamientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubran. Consulte el **Capítulo 3** de este Manual para miembros para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y equipos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por él
- habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario
- servicio de enfermería privada
- artículos personales en su habitación de hospital o de un centro de enfermería, como un teléfono o televisión
- servicios domiciliarios de enfermería a tiempo completo
- honorarios cobrados por sus parientes más cercanos o por los integrantes de su hogar
- comidas entregadas en su domicilio
- procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines cosméticos, antienvjecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios
- cirugía cosmética u otro procedimiento cosmético, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no está en buena forma. Sin embargo, pagamos por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por el tratamiento del otro seno para que coincida
- atención quiropráctica, que no sea la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las pautas de cobertura
- atención de los pies de rutina, excepto como se describe en Servicios de podología en la Tabla de beneficios en la **Sección D**



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte o que los zapatos sean para una persona con pie diabético
- dispositivos de soporte para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético
- reversión de los procedimientos de esterilización
- servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios brindados a veteranos en los centros de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Aún es responsable de los montos del costo compartido.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## Capítulo 5: Obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios

---

### Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio. Estos son medicamentos que su proveedor indica para usted y que usted obtiene de una farmacia o mediante pedidos por correo. Incluyen medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare y Medi-Cal. En el **Capítulo 6** de este *Manual para miembros* se indica lo que debe pagar por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este Manual para miembros.

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

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Por lo general, estos incluyen los medicamentos que se le suministran mientras se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le suministran en una visita al consultorio con un médico u otro proveedor y los medicamentos que se le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información acerca de los medicamentos que cubre la Parte B de Medicare, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este Manual para miembros.
- Además de la cobertura de beneficios médicos y de la Parte D de Medicare del plan, los medicamentos pueden ser cubiertos por Original Medicare si está en el programa de centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la **Sección D**, del **Capítulo 5**: “Si está en un programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare”.

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

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre que siga las reglas que se incluyen en esta sección. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (Beneficiary Identification Card, BIC) cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Un proveedor de la red (médico, dentista u otro prescriptor) debe emitir su receta, la cual debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable. Con frecuencia, esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo ha remitido para recibir atención médica.

El prescriptor **no** debe estar en las Listas de exclusión de Medicare.

Por lo general, deberá usar una farmacia de la red para surtir la receta médica. (Consulte la **Sección A1** para obtener más información). O puede surtir su receta a través del sistema de servicios de pedidos por correo del plan.

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

- Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos, tal vez podamos cubrirlo haciendo una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9**, Qué hacer si tiene un problema o un reclamo para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
- Tenga en cuenta también que la solicitud de cobertura para su medicamento recetado será evaluada según los estándares de Medicare y Medi-Cal.

El medicamento debe utilizarse bajo indicación médica. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado ya sea por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. El prescriptor puede ayudarle a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado.

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

## Índice

|                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. Surtir sus recetas.....                                                     | 159 |
| A1. Surtir su receta en una farmacia de la red.....                            | 159 |
| A2. Usar su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta ..... | 159 |
| A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red .....                            | 159 |
| A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red .....                         | 160 |
| A5. Usar una farmacia especializada.....                                       | 160 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|                                                                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A6. Usar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos....                                                 | 161 |
| A7. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....                                                                   | 162 |
| A8. Usar una farmacia que no esté en la red de nuestro plan .....                                                              | 162 |
| A9. Reembolso del costo de una receta .....                                                                                    | 163 |
| B. Lista de medicamentos de nuestro plan .....                                                                                 | 163 |
| B1. Medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.....                                                                         | 163 |
| B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de medicamentos.....                                                        | 164 |
| B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos .....                                                           | 165 |
| B4. Niveles de costos compartidos de la Lista de medicamentos .....                                                            | 166 |
| C. Límites en ciertos medicamentos .....                                                                                       | 167 |
| D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto.....                                                            | 168 |
| D1. Obtener un suministro temporal .....                                                                                       | 169 |
| D2. Solicitar un suministro temporal .....                                                                                     | 170 |
| D3. Solicitar una excepción .....                                                                                              | 170 |
| E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos .....                                                                           | 171 |
| F. Cobertura de medicamentos en casos especiales .....                                                                         | 174 |
| F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan.....                           | 174 |
| F2. En un centro de atención a largo plazo .....                                                                               | 174 |
| F3. En un programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare ...                                               | 174 |
| G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos.....                                                             | 175 |
| G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura .....                                                     | 175 |
| G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos .....                                                               | 175 |
| G3. Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de forma segura ..... | 176 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



---

## A. Surtir sus recetas

### A1. Surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos las recetas sólo cuando se surten en cualquiera de nuestras farmacias de la red. Una farmacia de la red es una droguería que acepta surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar cualquiera de nuestras farmacias de la red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información acerca de cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente.

### A2. Usar su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta

Para surtir la receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo de su medicamento cubierto. Es posible que deba pagar un copago en la farmacia cuando recoja la receta.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) para acceder a los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.

Si no tiene consigo su tarjeta de identificación de miembro o tarjeta BIC cuando surta su receta, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque su información de inscripción al plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que deba pagar el costo total de la receta al momento de surtirla. Entonces puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicio al Cliente de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudarle.

- Para pedirnos que le reembolsemos, consulte **Capítulo 7** de este Manual para miembros.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicio al Cliente

### A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de receta médica, puede pedir que un proveedor le extienda una receta médica nueva o pedir a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar la farmacia de la red, comuníquese con Servicio al Cliente.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

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

Si la farmacia cuyos servicios ha estado usando abandona la red de nuestro plan, usted necesita encontrar una nueva farmacia que forme parte de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, consulte el Directorio de proveedores y farmacias, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente.

#### **A5. Usar una farmacia especializada**

En ocasiones, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que surten medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería.
  - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si es residente de un centro de atención a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
  - Si la farmacia de este centro de atención a largo plazo no se encuentra dentro de nuestra red o tiene dificultades para recibir sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias de proveedores de atención médica indígena (IHCP) Los miembros indígenas americanos y nativos de Alaska tienen acceso a las farmacias en un proveedor de atención médica indígena (Indian Health Care Provider, IHCP) en la medida en que tengan una farmacia minorista inscrita. Si usted no es indígena americano o nativo de Alaska, aún puede recibir servicios de una farmacia minoristas en un IHCP si se le asigna a la clínica o para una emergencia.
- Las farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a determinados lugares o que requieren un manejo especial, una coordinación de proveedores o instrucción sobre su uso. (Nota: Esta situación debería ocurrir con poca frecuencia).
- Para encontrar una farmacia especializada, consulte el Directorio de proveedores y farmacias, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## **A6. Usar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos**

El sistema de servicios para pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro para 90 días (Niveles 2, 3 y 4) o un suministro para 100 días (Niveles 1 y 6), según el nivel en que se encuentre en la *Lista de medicamentos*. Un suministro de 90 días o 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

### **Surtir recetas por correo**

- Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, consulte el Directorio de proveedores y farmacias, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente.

Por lo general, una receta de pedido por correo llega en un plazo de 7 días. Si su receta de pedido por correo se retrasa, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-888-361-7526 (TTY: 711).

### **Procesos de pedidos por correo**

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

#### **1. Nuevas recetas que la farmacia reciba de usted**

La farmacia surte automáticamente y entrega las nuevas recetas que usted le envía.

#### **2. Nuevas recetas que la farmacia reciba del consultorio de su proveedor**

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunica con usted para averiguar si desea que el medicamento se surta de inmediato o más adelante.

- Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto; es decir, la dosis, cantidad y presentación, y, de ser necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se le facture y se haga el envío correspondiente.
- Responda cada vez que la farmacia se comunice con usted para indicarles cómo proceder con la nueva receta y así evitar retrasos en el envío.

#### **3. Resurtidos de recetas a través del pedido por correo**

Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 7 días antes de que se le acabe su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Hágale saber a la farmacia las mejores formas de comunicarse con usted para que puedan contactarlo y confirmar su pedido antes de realizar el envío. Llame a Servicio al Cliente al 1-888-361-7526 (TTY: 711). La llamada es gratis.

### **A7. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo**

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de uso continuo que estén en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular, para una afección médica crónica o a largo plazo. Si adquiere un suministro de medicamentos a largo plazo, el copago puede ser más bajo.

Algunas farmacias de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de uso continuo. Un suministro para 90 días o 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica aquellas farmacias que pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de uso continuo. Otra opción es llamar a Servicio al Cliente para obtener más información.

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

### **A8. Usar una farmacia que no esté en la red de nuestro plan**

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo si usted no puede usar los servicios de una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. En estas situaciones, consulte primero con Servicio al Cliente para saber si hay una farmacia cerca de usted.

Pagamos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Cuando surte un medicamento especializado que de otro modo no estaría disponible en una farmacia de la red
- Cuando surte un medicamento de distribución limitada
- Cuando surte un medicamento en una situación de emergencia cuando las farmacias de la red no están disponibles, como una enfermedad de emergencia mientras se encuentra de viaje o durante un desastre declarado



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## A9. Reembolso del costo de una receta

Si la única opción es usar una farmacia fuera de la red, por lo general debe pagar el costo total en lugar del copago cuando recibe la receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Si paga el costo total de su receta que podría estar cubierto por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia pueda reembolsarle una vez que Medi-Cal Rx pague la receta. Alternativamente, puede pedirle a Medi-Cal Rx que le devuelva el pago presentando el reclamo “Reembolso de gastos de bolsillo de Medi-Cal (Conlan)”. Puede encontrar más información en el sitio web de Medi-Cal Rx: [medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/).

Para obtener más información al respecto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*.

---

## B. Lista de medicamentos de nuestro plan

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

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

Por lo general, cubrimos un medicamento que se encuentra en la *Lista de medicamentos* del plan cuando sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

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

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

La mayoría de los medicamentos que obtiene de una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (BIC) cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos de marca, genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es aquel que se vende bajo una marca registrada y el cual es propiedad del fabricante del mismo. Los productos biológicos son fármacos más



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

complejos que los fármacos tradicionales. En nuestra *Lista de medicamentos*, el término “medicamentos” puede referirse a un medicamento o a un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares son tan buenos como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y, por lo general, cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, de acuerdo con la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

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

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

## **B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos***

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

- Consultar la Lista de medicamentos más actualizada que le enviamos por correo postal.
- Visitar el sitio web del plan en [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org) La Lista de medicamentos de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicio al Cliente para saber si un medicamento se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista.
- Los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) para obtener más información.
- Use nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” (“Real Time Benefit Tool”), en [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org), para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, para obtener un presupuesto de lo que pagará y saber si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicio al Cliente.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

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

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de medicamentos* debido a que la ley no nos permite cubrir esos medicamentos.
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento particular en nuestra *Lista de medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**.

Nuestro plan no paga por los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Dichos medicamentos se denominan **medicamentos excluidos**. Si usted obtiene una receta para un medicamento excluido, es posible que deba pagar por este. Si considera que debemos pagar por un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre las apelaciones.

Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan, que incluye la Parte D de Medicare, no puede pagar un medicamento que la Parte A o la Parte B de Medicare ya cubren. Nuestro plan cubre medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos 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 FDA o avalado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor puede recetarle un medicamento determinado para tratar su afección, a pesar de que no haya sido aprobado para tratar dicha afección. A esto se le denomina “uso no indicado en la etiqueta”. Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos recetados para uso fuera de lo indicado en la etiqueta.

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

- Medicamentos para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o síntomas de resfriado\*
- Medicamentos con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y los preparados con flúor\*
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso\*
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que dice que solo ellos deben hacerle pruebas o prestarle los servicios.
- \*Es posible que algunos productos estén cubiertos por Medi-Cal. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para obtener más información.

#### **B4. Niveles de costos compartidos de la *Lista de medicamentos***

Cada medicamento incluido en nuestra *Lista de medicamentos* se encuentra en una de las seis categorías. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre). Por lo general, cuanto mayor es el nivel de costo compartido, mayor será el costo que pagará por el medicamento.

- Nivel 1 - Genérico preferido: es un medicamento genérico preferido. Puede solicitar un suministro de hasta 100 días de este medicamento a la vez a través de una farmacia minorista o del servicio de pedidos por correo.
- Nivel 2 - Genérico: es un medicamento genérico. Puede solicitar un suministro hasta para 90 días de este medicamento.
- Nivel 3 - De marca preferido: este es un medicamento de marca preferido. Puede solicitar un suministro de hasta 90 días de este medicamento a la vez a través de una farmacia minorista o del servicio de pedidos por correo.
- Nivel 4 - De marca no preferido: este es un medicamento de marca no preferido. Puede solicitar un suministro de hasta 90 días de este medicamento en una farmacia minorista o en el servicio de pedidos por correo.
- Nivel 5 - Especialidad: este es un medicamento de especialidad. Los medicamentos en este nivel están limitados a un suministro de 30 días a la vez y solo se pueden obtener a través de una farmacia especializada.
- Nivel 6 - Medicamentos de atención selectos: puede solicitar un suministro de hasta 100 días de este medicamento a la vez a través de una farmacia minorista o del servicio de pedidos por correo.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



Para determinar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en nuestra *Lista de medicamentos*.

En el **Capítulo 6** de este *Manual para miembros* se indica el monto que paga por los medicamentos en cada nivel.

---

## C. Límites en ciertos medicamentos

Para ciertos medicamentos, existen reglas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Por lo general, nuestras reglas le recomiendan que adquiera un medicamento que funcione para su afección médica, y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona igual de bien que un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor utilice el medicamento de menor costo.

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

**Si existe una regla especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben seguir pasos adicionales para que nosotros podamos cubrir el medicamento.** Por ejemplo, su proveedor podría tener que informarnos su diagnóstico o proporcionarnos los resultados de los análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, solicítenos que usemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podremos o no estar de acuerdo en cuanto a si permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

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

### 1. Obtener la aprobación del plan con anticipación

En el caso de determinados medicamentos, usted o su prescriptor deben obtener la aprobación del plan antes de surtir la receta. A esto se le denomina autorización previa. Esto se da para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicio al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web en [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org) para obtener más información sobre autorización previa.

### 2. Probar un medicamento diferente primero



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

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

Si el medicamento A **no** le funciona, entonces cubrimos el medicamento B. Esto se llama tratamiento escalonado. Llame a Servicio al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web en [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org) para obtener más información sobre tratamiento escalonado.

### 3. Límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede recibir. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera que no implica riesgos tomar solo una pastilla al día de un medicamento determinado, podríamos limitar la cantidad del medicamento que puede adquirir cada vez que surta la receta.

Para averiguar si cualquiera de estas reglas se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio web en [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org). Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura basada en cualquiera de las razones anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

---

## D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto

Intentamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero algunas veces un medicamento puede no estar cubierto de la manera que a usted le gustaría. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra Lista de medicamentos. Podemos cubrir una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no hemos analizado su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen reglas adicionales o límites para la cobertura. Como se explicó en la sección anterior, según corresponda, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o su prescriptor tal vez desee solicitarnos una excepción.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea mayor de lo que considera que debería ser.

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

## **D1. Obtener un suministro temporal**

En algunos casos, podemos ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando este no figure *Lista de medicamentos* o esté restringido de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o para solicitar que cubramos el medicamento.

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

### **1. El medicamento que ha estado tomando:**

- ya no está en nuestra Lista de medicamentos, o
- nunca estuvo en nuestra Lista de medicamentos, o
- ahora está limitado de alguna manera.

### **2. Usted debe encontrarse en una de estas situaciones:**

- Estuvo en nuestro plan el año pasado.
  - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
  - Este suministro temporal es por hasta 30 días.
  - Si la receta está escrita para menos días, permitimos múltiples resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Debe surtir su receta en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento en pequeñas cantidades cada vez para evitar el desperdicio.
- Usted es nuevo en nuestro plan.
  - Cubrimos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.
  - Este suministro temporal es por hasta 30 días.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Si la receta está escrita para menos días, permitimos múltiples resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Debe surtir su receta en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento en pequeñas cantidades cada vez para evitar el desperdicio.
- Ha estado en nuestro plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubrimos un suministro de 31 días, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto es además del suministro temporal anterior.

## D2. Solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio al Cliente.

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

- Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

O bien,

- Pedir que se haga una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor indica que usted tiene una buena justificación médica para una excepción, puede ayudarle a pedir la excepción.

## D3. Solicitar una excepción

Si un medicamento que toma se retira de nuestra *Lista de medicamentos* o se limita de alguna manera el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción antes del próximo año.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Solicítenos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento para el próximo año de la manera que desee.
- Responderemos a su solicitud de excepción dentro de 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud (o la declaración de respaldo del suscriptor).
- Si aprobamos la solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

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

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicio al Cliente.

---

## E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

- Decidir exigir o no una aprobación previa (prior approval, PA) para un medicamento, es decir, un permiso de nuestra parte antes de que usted pueda obtener un medicamento.
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de tratamiento escalonado en un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de medicamentos de nuestro plan*. Para obtener más información acerca de estas reglas que se aplican a los medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si toma un medicamento que cubrimos **a principios** de año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione igual de bien que un medicamento que ya está en nuestra Lista de medicamentos, o



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento se retire del mercado.

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

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

- Consultar nuestra Lista de medicamentos actual en línea en [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org) o
- Llamar a Servicio al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página para consultar nuestra Lista de medicamentos actual.

### Cambios que podemos hacer a la Lista de *medicamentos* que le afectan durante el año actual del plan

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

Un nuevo medicamento genérico está disponible. En ocasiones, sale al mercado un medicamento genérico o biosimilar nuevo que es tan efectivo como un medicamento de marca o un producto biológico original que figura en la *Lista de medicamentos* actualmente. En estos casos, podemos retirar el medicamento de marca de la lista y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento no se modificará. *Por ejemplo, si la Lista de medicamentos del plan tiene un costo compartido diferencial para algunos medicamentos genéricos: o será menor.* Cuando incorporamos un medicamento genérico nuevo, también podemos decidir conservar el medicamento de marca en la lista, pero cambiaremos sus reglas o limitaciones de cobertura.

- Es posible que no le informemos sobre dicho cambio con antelación, pero le enviaremos información sobre el cambio específico realizado luego de su aplicación.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que debe tomar para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

**Eliminar los medicamentos peligrosos y otros medicamentos que están fuera del mercado.** En ocasiones, un medicamento puede ser considerado peligroso o ser retirado del mercado por alguna otra razón. Si esto sucede, podemos retirarlo inmediatamente de nuestra *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso luego de que hagamos el cambio.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

**Es posible que realicemos otros cambios que afecten los medicamentos que toma.** Le informaremos con anticipación sobre estos otros cambios a nuestra *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

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

Cuando se producen estos cambios, nosotros:

- Le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en nuestra Lista de medicamentos, o
- Le informaremos y entregaremos un suministro para 30 días del medicamento luego de solicitar un resurtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro prescriptor. Ellos pueden ayudarlo a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra Lista de medicamentos que puede tomar en su lugar, o
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9 de este Manual para miembros.

### **Cambios a la *Lista de medicamentos* que no le afectarán durante este año del plan**

Es posible que realicemos cambios en los medicamentos que usted toma que no se describen anteriormente y que no le afectan ahora. Para tales cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos **a principios** de año, por lo general no eliminamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si retiramos un medicamento que está tomando, aumentamos lo que paga por el medicamento o limitamos su uso, entonces el cambio no afectará su uso del medicamento ni lo que paga por el medicamento durante el resto del año.

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

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año en curso. Necesitará consultar la *Lista de medicamentos* para el siguiente año del plan, si la lista está disponible durante el período de inscripción abierta, para saber si hay algún cambio que lo afectará durante el próximo año del plan.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, por lo general cubrimos el costo de sus medicamentos durante su estadía. Usted no pagará un copago. Una vez que abandone el hospital o el centro de enfermería especializada, cubriremos los medicamentos siempre que los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que debe pagar, consulte el **Capítulo 6** de este *Manual para miembros*.

### F2. En un centro de atención a largo plazo

Por lo general, un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería, cuenta con su propia farmacia o una que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si vive en un centro de atención a largo plazo, puede recibir sus medicamentos a través de la farmacia del centro, siempre que esta forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, comuníquese con Servicio al Cliente.

### F3. En un programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

Bajo ninguna circunstancia, el centro de cuidados paliativos y el plan cubren los medicamentos simultáneamente.

- Es posible que esté inscrito en un programa de centro de cuidados paliativos de Medicare y necesite determinados medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que el programa de centro de cuidados paliativos no cubre porque no están relacionados con su enfermedad terminal. En ese caso, nuestro plan deberá recibir un aviso del prescriptor o del proveedor del centro de cuidados paliativos acerca de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- Para evitar cualquier demora a la hora de conseguir cualquier medicamento no relacionado con su afección que nuestro plan debería cubrir, pregúntele al proveedor del centro de cuidados paliativos o al prescriptor para asegurarse de que contamos con la notificación de que el medicamento no está relacionado a su afección antes de solicitarle a una farmacia que surta la receta.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



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

Consulte las partes anteriores de este capítulo que hablan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre el beneficio del centro de cuidados paliativos.

---

## **G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos**

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

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

- podrían no ser necesarios porque usted toma otro medicamento similar para tratar la misma afección médica
- podrían no ser seguros o apropiados para su edad o sexo
- podrían ser nocivos si se toman al mismo tiempo
- tienen ingredientes que producen o puedan producir una reacción alérgica
- puede haber un error en la cantidad (dosis)
- tengan cantidades poco seguras de medicamentos opioides para el dolor

Si observamos un posible problema en el uso de los medicamentos, trabajamos con el proveedor para corregir dicho problema.

### **G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos**

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En tales casos, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (medication therapy management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos están funcionando para mejorar su salud. Si califica para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones farmacológicas
- cómo y cuándo tomar los medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre

Luego, le darán:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda qué puede hacer para usar mejor sus medicamentos.
- Una lista de medicamentos personales que incluya todos los medicamentos que toma, cuánto toma, y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre cómo eliminar de forma segura los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es buena idea hablar con su médico tratante sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

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

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en dicho programa y le enviaremos la información. Si no desea participar en el programa, infórmenos y lo sacaremos del programa.

Si tiene preguntas acerca de estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente.

### **G3. Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de forma segura**

Contamos con un programa que ayuda a los miembros a usar de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos de los que con frecuencia se abusa. Este programa se denomina Programa de Manejo de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Si utiliza medicamentos opioides que recibe de varios prescriptores o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con los prescriptores para asegurarnos de que el uso de medicamentos opiáceos es adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con sus prescriptores, si decidimos que el consumo de opioides con receta o medicamentos con benzodiazepinas puede no ser seguro, podríamos limitar la manera en que obtiene dichos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir:

- Exigirle adquirir todas las recetas para esos medicamentos en determinada(s) farmacia(s)
- Exigirle adquirir todos sus medicamentos opiáceos o con benzodiazepinas recetados de determinado(s) médico(s) prescriptor(es)
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o con benzodiazepinas que cubrimos para usted

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o en qué cantidad puede recibirlos, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le dirá si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

**Tendrá la oportunidad de indicarnos qué farmacéuticos o prescriptores prefiere usar, así como cualquier información que considere es importante que nosotros sepamos.** Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, está en desacuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted o la persona que receta pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con los límites que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). (Para obtener más información acerca de las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.)

Es posible que el DMP no se aplique en su caso si:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- esté recibiendo atención de un centro de cuidados paliativos, cuidados paliativos o atención para la etapa final de su vida, o
- vive en un centro de atención a largo plazo.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

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

---

### Introducción

Este capítulo indica lo que usted paga por sus medicamentos como paciente ambulatorio. Por “medicamentos” nos referimos a:

- medicamentos de la Parte D de Medicare, y
- medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal Rx, y
- Medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Debido a que es elegible para Medi-Cal, recibe Ayuda adicional de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Adjuntamos o le enviamos un encarte por separado, llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para el pago de medicamentos recetados”, también conocido como el “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”, que le brinda información referente a la cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, por favor llame al Servicio al Cliente y pida la “Cláusula LIS”.

**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 la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

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

- Nuestra Lista de medicamentos cubiertos.
  - La llamamos “*Lista de medicamentos*”. Le informará:
    - Qué medicamentos pagamos
    - En cuál de los 6 niveles se encuentra cada medicamento
    - Si existe algún límite sobre los medicamentos



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Si necesita una copia de nuestra *Lista de medicamentos*, llame a Servicio al Cliente. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org)
- La mayoría de los medicamentos que obtiene de una farmacia están cubiertos por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (BIC) cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.
- **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*.
  - También explica cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.
  - Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica los tipos de medicamentos que no cubre nuestro plan.
  - Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la **Sección B2**, del **Capítulo 5**), el costo que se muestra es una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información.
- Nuestro Directorio de proveedores y farmacias.
  - En la mayoría de los casos, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
  - En el *Directorio de proveedores y farmacias* aparecen las farmacias de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre las farmacias de la red.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## Índice

|                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. La Explicación de beneficios (EOB).....                                                               | 181 |
| B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos.....                                         | 182 |
| C. Etapas de pago de medicamentos para medicamentos de la Parte D de Medicare...                         | 184 |
| C1. Nuestro plan tiene seis niveles de costo compartido.....                                             | 184 |
| C2. Opciones de farmacia.....                                                                            | 185 |
| C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento .....                                          | 185 |
| C4. Lo que usted paga.....                                                                               | 185 |
| D. Etapa 1: Etapa de cobertura inicial .....                                                             | 188 |
| D1. Sus opciones de farmacia .....                                                                       | 188 |
| D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento .....                                          | 189 |
| D3. Lo que usted paga.....                                                                               | 189 |
| D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial .....                                                           | 192 |
| E. Etapa 2: Etapa de cobertura en caso de catástrofes .....                                              | 192 |
| F. Sus costos de medicamentos si el médico le receta un suministro para menos de<br>un mes completo..... | 192 |
| G. El monto que paga por las vacunas de la Parte D.....                                                  | 193 |
| G1. Lo que necesita saber antes de recibir una vacuna .....                                              | 193 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## A. La Explicación de beneficios (EOB)

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza cuando obtiene las recetas en la farmacia. Realizamos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Sus gastos de bolsillo. Este es el importe que usted, u otros en su lugar, pagan por sus recetas. Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la Ayuda adicional de Medicare, planes de salud del empleador o del sindicato, Servicios de Salud para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Sus costos totales de medicamentos. Este es el total de todos los pagos realizados por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene los medicamentos por medio de nuestro plan, le enviamos un resumen denominado *Explicación de beneficios (EOB)*. Lo llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB contiene más información acerca de los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- Información del mes. El resumen indica los medicamentos que recibió en el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos y lo que usted y otros pagaron por usted.
- Totales del año desde el 1 de enero. Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por dichos medicamentos desde el inicio del año.
- Información sobre el precio del medicamento. Es el precio total del medicamento y las variaciones en el precio del medicamento desde el primer surtido por cada reclamo de receta por la misma cantidad.
- Alternativas de menor costo. Cuando corresponda, información sobre otros medicamentos disponibles con un menor costo compartido por cada receta.

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan para el total de gastos de bolsillo.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

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

---

## B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos

Para llevar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, usamos registros que obtenemos de usted y de su farmacia. A continuación, le explicamos cómo puede ayudarnos:

### 1. Use su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber cuáles son las recetas médicas que le surte y cuánto debe pagar.

### 2. Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.

Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento. Puede llamar a Servicio al Cliente para recibir instrucciones sobre cómo enviar los recibos. Estos son algunos ejemplos de cuándo debe entregarnos copias de sus recibos:

- Al comprar un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usar una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan
- Cuando usted paga un copago por medicamentos que obtiene bajo el programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
- Al comprar medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando usted paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales

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



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



### 3. Envíenos información sobre los pagos que otros hagan por usted.

Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos efectuados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), los Servicios de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar para una cobertura en caso de catástrofes. Cuando llegue a la Etapa de cobertura en caso de catástrofes, nuestro plan pagará todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.

### 4. Revise las EOB que le enviamos.

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

- ¿Reconoce el nombre de cada farmacia? Verifique las fechas. ¿Obtuvo medicamentos ese día?
- ¿Recibió los medicamentos que figuran en la lista? ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que su médico le recetó?

### ¿Qué sucede si encuentra errores en este resumen?

Si hay algo confuso o no parece correcto en esta EOB, llame a Servicio al Cliente al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

### ¿Qué pasa con el posible fraude?

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

- Llámenos a Servicio al Cliente de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP.
- También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo alguno.
- Si sospecha que un proveedor que recibe Medi-Cal ha cometido fraude, malversación o abuso, tiene derecho a denunciarlo llamando al número gratuito confidencial 1-800-822-6222. Puede encontrar otros métodos para denunciar



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

fraude a Medi-Cal en: [www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx).

Si considera que algo no está correcto o falta, o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Guarde estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

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

Hay dos etapas de pago para la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare bajo nuestro plan. La cantidad que paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentra cuando surte o repone una receta. Estas son las dos etapas:

| Etapa 1: Etapa de cobertura inicial                                                                                                                                                                                  | Etapa 2: Etapa de cobertura en caso de catástrofes                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Durante esta etapa, nosotros pagamos una parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago.</p> <p>Usted comienza en esta etapa cuando surte la primera receta del año.</p> | <p>Durante esta etapa, pagaremos todos los costos de sus medicamentos hasta el 12/31/2026.</p> <p>Usted comienza en esta etapa cuando ha pagado una cierta cantidad de gastos de bolsillo.</p> |

### C1. Nuestro plan tiene seis niveles de costo compartido

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento incluido en nuestra *Lista de medicamentos* se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto mayor sea el número del nivel, mayor será el copago. Para conocer los niveles de costo compartido para sus medicamentos, consulte nuestra Lista de *medicamentos*.

- Los medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos genéricos de nivel 2 tienen un copago de entre \$1.60 y \$5.10.
- Los medicamentos de marca preferidos de Nivel 3 tienen un copago de entre \$4.90 y \$12.65.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Los medicamentos de marca no preferidos de Nivel 4 tienen un copago de entre \$4.90 y \$12.65.
- Los medicamentos genéricos de especialidad de Nivel 5 tienen un copago de entre \$1.60 y \$5.10.
- Los medicamentos de marca de especialidad de Nivel 5 tienen un copago de entre \$4.90 y \$12.65.
- Los medicamentos de atención selectos de Nivel 6 tienen un copago de \$0.

## C2. Opciones de farmacia

El monto que pagará por un medicamento depende de si lo adquiere en:

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este Manual para miembros para averiguar cuándo lo haremos.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.
- Consulte el **Capítulo 9** de este Manual para miembros para obtener información sobre cómo presentar una apelación si le informan que un medicamento no tendrá cobertura. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de este Manual para miembros y nuestro Directorio de proveedores y farmacias.

## C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Puede adquirir un suministro a largo plazo, también denominado “suministro extendido”, al surtir la receta de determinados medicamentos. Un suministro a largo plazo es de hasta 90 o 100 días. Le cuesta lo mismo que el suministro de un mes.

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

## C4. Lo que usted paga

Puede pagar un copago cuando surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicio al Cliente para averiguar cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

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

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

|                                                              | <b>Una farmacia de la red</b><br><br>Un suministro para un mes o hasta 100 días | <b>El sistema de servicios de pedidos por correo de nuestro plan</b><br><br>Un suministro para un mes o hasta 100 días | <b>Una farmacia de atención a largo plazo de la red</b><br><br>Un suministro para hasta 31 días | <b>Una farmacia fuera de la red</b><br><br>Un suministro para hasta 30 días. La cobertura es limitada en ciertos casos. Consulte el <b>Capítulo 5</b> de este <i>Manual para miembros</i> para obtener más detalles. |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Costo compartido Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) | \$0                                                                             | \$0                                                                                                                    | \$0                                                                                             | \$0                                                                                                                                                                                                                  |
| Costo compartido Nivel 2 (Medicamentos genéricos)            | De \$1.60 a \$5.10                                                              | De \$1.60 a \$5.10                                                                                                     | De \$1.60 a \$5.10                                                                              | De \$1.60 a \$5.10                                                                                                                                                                                                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|                                                                   | <b>Una farmacia de la red</b><br><br>Un suministro para un mes o hasta 100 días | <b>El sistema de servicios de pedidos por correo de nuestro plan</b><br><br>Un suministro para un mes o hasta 100 días | <b>Una farmacia de atención a largo plazo de la red</b><br><br>Un suministro para hasta 31 días | <b>Una farmacia fuera de la red</b><br><br>Un suministro para hasta 30 días. La cobertura es limitada en ciertos casos. Consulte el <b>Capítulo 5</b> de este <i>Manual para miembros</i> para obtener más detalles. |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Costo compartido Nivel 3<br>(Medicamentos de marca preferidos)    | De \$4.90 a \$12.65                                                             | De \$4.90 a \$12.65                                                                                                    | De \$4.90 a \$12.65                                                                             | De \$4.90 a \$12.65                                                                                                                                                                                                  |
| Costo compartido Nivel 4<br>(Medicamentos de marca no preferidos) | De \$4.90 a \$12.65                                                             | De \$4.90 a \$12.65                                                                                                    | De \$4.90 a \$12.65                                                                             | De \$4.90 a \$12.65                                                                                                                                                                                                  |
| Costo compartido Nivel 5<br>(Medicamentos de especialidad)        | Genéricos, de \$1.60 a \$5.10<br>De marca, de \$4.90 a \$12.65                  | Genéricos, de \$1.60 a \$5.10<br>De marca, de \$4.90 a \$12.65                                                         | Genéricos, de \$1.60 a \$5.10<br>De marca, de \$4.90 a \$12.65                                  | Genéricos, de \$1.60 a \$5.10<br>De marca, de \$4.90 a \$12.65                                                                                                                                                       |
| Costo compartido Nivel 6<br>(Medicamentos de atención selectos)   | \$0                                                                             | \$0                                                                                                                    | \$0                                                                                             | \$0                                                                                                                                                                                                                  |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Los copagos para medicamentos en los niveles 2, 3, 4 y 5 pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba el miembro.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden ofrecerle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

---

## D. Etapa 1: Etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, nosotros pagamos una parte del costo de los medicamentos cubiertos y usted paga la suya. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra el medicamento y de dónde lo obtiene.

- Los medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos genéricos de nivel 2 tienen un copago de entre \$1.60 y \$5.10.
- Los medicamentos de marca preferidos de Nivel 3 tienen un copago de entre \$4.90 y \$12.65.
- Los medicamentos de marca no preferidos de Nivel 4 tienen un copago de entre \$1.60 y \$5.10.
- Los medicamentos genéricos de especialidad de Nivel 5 tienen un copago de entre \$1.60 y \$5.10.
- Los medicamentos de marca de especialidad de Nivel 5 tienen un copago de entre \$4.90 y \$12.65.
- Los medicamentos de atención selectos de Nivel 6 tienen un copago de \$0.

### D1. Sus opciones de farmacia

El monto que pagará por un medicamento depende de si lo adquiere en:

- Una farmacia minorista de la red, o
- Una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este Manual para miembros para averiguar cuándo lo haremos.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan. Consulte el Directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente para obtener una lista de farmacias.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

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

## **D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento**

Puede adquirir un suministro a largo plazo, también denominado “suministro extendido”, al surtir la receta de determinados medicamentos. Un suministro a largo plazo es de hasta 90 o 100 días de suministro, según el nivel. Le cuesta lo mismo que el suministro de un mes.

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

## **D3. Lo que usted paga**

Durante la Etapa de cobertura inicial, es posible que pague un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicio al Cliente para averiguar cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

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



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|                                                                        | <b>Una farmacia de la red</b><br><br>Un suministro para un mes o hasta 100 días | <b>El servicios de pedidos por correo de nuestro plan</b><br><br>Un suministro para un mes o hasta 100 días | <b>Una farmacia de atención a largo plazo de la red</b><br><br>Un suministro para hasta 31 días | <b>Una farmacia fuera de la red</b><br><br>Un suministro para hasta 30 días. La cobertura es limitada en ciertos casos. Consulte el <b>Capítulo 5</b> de este <i>Manual para miembros</i> para obtener más detalles. |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Costo compartido Nivel 1</b><br>(Medicamentos genéricos preferidos) | \$0                                                                             | \$0                                                                                                         | \$0                                                                                             | \$0                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Costo compartido Nivel 2</b><br>(Medicamentos genéricos)            | De \$1.60 a \$5.10                                                              | De \$1.60 a \$5.10                                                                                          | De \$1.60 a \$5.10                                                                              | De \$1.60 a \$5.10                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Costo compartido Nivel 3</b><br>(Medicamentos de marca preferidos)  | De \$4.90 a \$12.65                                                             | De \$4.90 a \$12.65                                                                                         | De \$4.90 a \$12.65                                                                             | De \$4.90 a \$12.65                                                                                                                                                                                                  |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



|                                                                          | <b>Una farmacia de la red</b><br><br>Un suministro para un mes o hasta 100 días | <b>El servicios de pedidos por correo de nuestro plan</b><br><br>Un suministro para un mes o hasta 100 días | <b>Una farmacia de atención a largo plazo de la red</b><br><br>Un suministro para hasta 31 días | <b>Una farmacia fuera de la red</b><br><br>Un suministro para hasta 30 días. La cobertura es limitada en ciertos casos. Consulte el <b>Capítulo 5</b> de este <i>Manual para miembros</i> para obtener más detalles. |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Costo compartido Nivel 4</b><br>(Medicamentos de marca no preferidos) | De \$4.90 a \$12.65                                                             | De \$4.90 a \$12.65                                                                                         | De \$4.90 a \$12.65                                                                             | De \$4.90 a \$12.65                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Costo compartido Nivel 5</b><br>Medicamentos de especialidad          | Genéricos, de \$1.60 a \$5.10<br>De marca, de \$4.90 a \$12.65                  | Genéricos, de \$1.60 a \$5.10<br>De marca, de \$4.90 a \$12.65                                              | Genéricos, de \$1.60 a \$5.10<br>De marca, de \$4.90 a \$12.65                                  | Genéricos, de \$1.60 a \$5.10<br>De marca, de \$4.90 a \$12.65                                                                                                                                                       |
| <b>Costo compartido Nivel 6</b><br>Medicamentos de atención selectos     | \$0                                                                             | \$0                                                                                                         | \$0                                                                                             | \$0                                                                                                                                                                                                                  |

Los copagos para medicamentos en los niveles 2, 3, 4 y 5 pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba el miembro.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden ofrecerle suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

#### **D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial**

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus gastos totales de bolsillo llegan a \$2,100. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura en caso de catástrofes. Cubrimos todos los costos de sus medicamentos desde entonces hasta fin de año.

Ofrecemos medicamentos adicionales que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan para los gastos de bolsillo.

Su EOB le ayuda a llevar un registro de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informamos si alcanza el límite de monto de \$2,100. Mucha gente no lo alcanza en un año.

---

#### **E. Etapa 2: Etapa de cobertura en caso de catástrofes**

Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de \$2,100 por sus medicamentos, comienza la Etapa de cobertura en caso de catástrofes. Usted permanece en la Etapa de cobertura en caso de catástrofes hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

---

#### **F. Sus costos de medicamentos si el médico le receta un suministro para menos de un mes completo**

Por lo general, usted paga un copago para cubrir el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, el médico puede recetarle un suministro para menos de un mes de medicamentos.

- Existen ocasiones en las que deseará solicitarle al médico que le recete el suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, usted no pagará el suministro del mes completo para ciertos medicamentos.

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

- Por ejemplo: Supongamos que el copago por el medicamento para el suministro de un mes completo, un suministro de 30 días, es \$1.35. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es inferior a \$0.05 por día. Si obtiene un



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

suministro del medicamento para 7 días, su pago es inferior a \$0.05 por día multiplicado por 7 días, para un pago total menor a \$0.35.

- La tarifa diaria de costo compartido le permite comprobar que un medicamento sea eficaz para usted antes de pagar el suministro de un mes entero.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete el suministro de menos de un mes completo de un medicamento para ayudarle a:
  - Planificar mejor cuándo resurtir sus medicamentos,
  - Coordinar los resurtidos con otros medicamentos que toma, y
  - Hacer menos viajes a la farmacia.

---

## G. El monto que paga por las vacunas de la Parte D

**Mensaje importante acerca de lo que paga por las vacunas:** Algunas vacunas son consideradas beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas son consideradas medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en nuestra *Lista de medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos, sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido sobre vacunas específicas.

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

1. La primera parte es por el costo de **la vacuna en sí misma**.
2. La segunda parte es por el costo de **administrarle la vacuna**. Por ejemplo, usted a veces puede recibir la vacuna como una inyección dada por su médico.

### G1. Lo que necesita saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que llame a Servicio al Cliente si planea vacunarse.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

---

### Introducción

En este capítulo se le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le indica cómo apelar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

### Índice

|                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| A. Solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos..... | 195 |
| B. Enviarnos una solicitud de pago .....                        | 199 |
| C. Decisiones de cobertura .....                                | 200 |
| D. Apelaciones .....                                            | 201 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## A. Solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos

Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP le facturen por estos servicios o medicamentos. Nosotros les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo.

**Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos, no pague la factura y envíenosla.** Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B** del **Capítulo 7**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó más que su parte del costo, tiene derecho a recibir un reembolso.
  - Si pagó por los servicios cubiertos por Medicare, nosotros le haremos un reembolso.
- Si pagó por servicios de Medi-Cal que ya recibió, puede ser elegible para que se le reembolse (se devuelva) si cumple con todas las siguientes condiciones:
  - El servicio que recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal que somos responsables de pagar. No le reembolsaremos un servicio que no esté cubierto por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP.
  - Recibió el servicio cubierto después de convertirse en elegible para el plan Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP.
  - Pide que le devuelvan el dinero dentro del año de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
  - Brindó prueba de que pagó el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
  - Recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal en la red de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Usted no debe cumplir esta condición si recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro tipo de servicio que



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Medi-Cal permita que se pueda recibir de proveedores fuera de la red sin aprobación previa (autorización previa).

- Si el servicio cubierto suele requerir aprobación previa (autorización previa), debe presentar prueba del proveedor que demuestre una necesidad médica para el servicio cubierto.
- Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP le dirá si le reembolsarán en una carta llamada Aviso de acción. Si cumple todas las condiciones, el proveedor inscrito en Medi-Cal debe devolverle el monto total que pagó. Si el proveedor se niega a reembolsarle, Health Plan of San Joaquin Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP le reembolsará el monto total que pagó. Debemos reembolsarle el monto dentro de los 45 días hábiles posteriores a la recepción del reclamo. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en nuestra red y se niega a reembolsarle, Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP le reembolsará, pero solo hasta el monto que pagaría FFS Medi-Cal. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP le reembolsará el monto total de los gastos de bolsillo por servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita que sean proporcionados por proveedores fuera de la red sin aprobación previa. Si no cumple con una de las condiciones anteriores, no le reembolsaremos.
- No le reembolsaremos si:
  - Solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios estéticos.
  - El servicio no es un servicio cubierto para Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP.
  - Fue a un médico que no trabaja con Medi-Cal y firmó un formulario que decía que deseaba que lo atendieran de todas formas y que usted pagaría el servicio.
- Si no cubrimos los servicios o los medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Si no sabe lo que debió haber pagado o si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

Algunos ejemplos de ocasiones en las que necesitará pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió incluyen:



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

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

Pídale al proveedor que nos facture.

- Si paga el monto total cuando recibe la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura y pruebas de cualquier pago que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitándole un pago que usted piensa que no adeuda. Envíenos la factura y pruebas de cualquier pago que haya hecho.
  - Si se debe pagar al proveedor, nosotros le pagaremos directamente a tal proveedor.
  - Si ya pagó más que su parte del costo por el servicio de Medicare, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba cualquier servicio o receta; sin embargo, a veces los proveedores de la red cometen errores y le piden al miembro que pague por sus servicios o una cantidad superior a la que le corresponde de los costos. **Llame a Servicio al Cliente** al número que figura en la parte inferior de esta página **si recibe facturas**.

- Como miembro del plan, solo paga el copago cuando recibe los servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le facturen más de este monto. Esto es así incluso si le pagáramos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Incluso si decidimos no pagar por algunos cargos, usted no los pagará.
- Cada vez que reciba la factura de un proveedor de la red que considera es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por los servicios cubiertos por Medicare, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura y una prueba de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos por sus servicios cubiertos o por la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeuda conforme a nuestro plan.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

### 3. Si se inscribe en forma retroactiva en nuestro plan

En ocasiones, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ha pasado. Incluso puede haber sido el año pasado).

- Si se inscribió de manera retroactiva y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le hagamos un reembolso.
- Envíenos la factura y pruebas de cualquier pago que haya hecho.

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

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

- Solo en unos pocos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** de este Manual para miembros para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

### 5. Cuando paga el costo total de las recetas de la Parte D de Medicare porque no tiene su tarjeta de identificación de miembro con usted

Si no tiene consigo su tarjeta de identificación de miembro, puede pedirle a la farmacia que nos llame o buscar su información de inscripción al plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento.

### 6. Cuando usted paga el costo total de la receta de la Parte D de Medicare por un medicamento que no está cubierto

Puede pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



- Es posible que el medicamento no esté en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) en nuestro sitio web, o puede tener un requisito o restricción que no conoce o que no cree que se aplique a usted. Si decide adquirir el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
  - Si no paga por el medicamento, pero considera que debemos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*).
  - Si usted y el médico, u otro prescriptor, consideran que necesita el medicamento de inmediato (en un plazo de 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura acelerada (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro prescriptor para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es mayor que el precio negociado por la receta.

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

Si rechazamos la solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

---

## B. Enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y prueba de cualquier pago que haya realizado por los servicios de Medicare o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para sus registros.** Debe enviarnos su información en un plazo de 1095 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, el producto o el medicamento.

Para asegurarnos de proporcionarnos toda la información que necesitamos, puede completar nuestro formulario de reclamo para solicitar el pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org). También puede llamar a Servicio al Cliente y solicitar el formulario.

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

MedImpact Healthcare Systems, Inc.  
PO Box 509108  
San Diego, CA. 92150-9108

Fax: 1-858-549-1569

Correo electrónico: [Claims@Medimpact.com](mailto:Claims@Medimpact.com)

También puede llamarnos para solicitar un pago. Llame a Servicio al Cliente **al 1-888-361-7526 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis.

---

## C. Decisiones de cobertura

**Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, producto o medicamento.** También decidimos la cantidad de dinero, si la hubiera, que usted deba pagar.

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

En el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* se explican las reglas para que sus servicios estén cubiertos. En el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* se explican las reglas para cubrir los medicamentos de la Parte D de Medicare.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica sus derechos para presentar una apelación.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**. Qué hacer si tiene algún problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

## D. Apelaciones

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

El proceso formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte la **Sección G** del **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

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



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

---

### Introducción

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

### Índice

|                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que se ajuste a sus necesidades .....               | 203 |
| B. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos .....         | 204 |
| C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI) .....                                 | 205 |
| C1. Cómo protegemos su PHI .....                                                                                  | 206 |
| C2. Su derecho a consultar sus registros médicos .....                                                            | 207 |
| D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información .....                                                    | 214 |
| E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente .....                                      | 216 |
| F. Su derecho a abandonar nuestro plan .....                                                                      | 216 |
| G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica .....                                                   | 216 |
| G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones .....                                   | 216 |
| G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo ..... | 217 |
| G3. Qué hacer si no se respetan sus instrucciones .....                                                           | 218 |
| H. Su derecho a presentar quejas y a solicitar que reconsideremos nuestras decisiones .....                       | 219 |
| H1. Qué hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos .....                    | 219 |
| I. Sus responsabilidades como miembro del plan .....                                                              | 219 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que se ajuste a sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos los** servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le proporcionen de una manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellos con un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté inscrito en nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame a su coordinador de atención o a Servicio al Cliente. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, como español, camboyano y vietnamita, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicio al Cliente o escriba a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP, 7751 South Mantney Road, French Camp, CA 95231.
  - Llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP para compartir su idioma o formato preferido. Le preguntaremos si la solicitud es para un documento o para todos.
  - Si solicita inglés, español, camboyano o vietnamita u otro formato para todos los documentos, se considera una solicitud permanente. Su preferencia se registrará en nuestro sistema para toda la correspondencia y todos los comunicados en el futuro. Solo tiene que solicitar estas opciones una vez. Para otros idiomas, se debe hacer la solicitud para cada documento.
  - Para actualizar sus preferencias en cualquier momento, llame al 1-888-361-7526 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal, al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

---

## **B. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos**

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir a un PCP en el **Capítulo 3** de este Manual para miembros.
  - Llame a su coordinador de atención o a Servicio al Cliente o visite el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y los médicos que están aceptando pacientes nuevos.
- Tiene derecho a ver a un especialista en salud de la mujer sin obtener una derivación. Una derivación es una aprobación de su PCP para usar un proveedor que no es su PCP.
- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
  - Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos por parte de los especialistas.
  - Si no puede obtener servicios dentro de un período razonable, debemos pagar para que usted puede recibir atención fuera de la red.
- Tiene derecho a obtener servicios de emergencia o atención necesaria de urgencia sin autorización previa (PA).
- Tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este Manual para miembros.
- Cuando se une por primera vez a nuestro plan, tiene derecho a conservar sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales hasta por 12 meses si se cumplen ciertas condiciones. Para obtener más información sobre cómo mantener sus autorizaciones de proveedores y servicios, consulte el Capítulo 1 de este Manual para miembros.
- Tiene derecho a tomar sus propias decisiones en cuanto a su atención médica con la ayuda de su equipo de atención y coordinador de atención.

En el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* se le indica qué puede hacer si cree que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un período razonable. También le indica lo que puede hacer si le negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

---

## C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Protegemos su PHI como lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otro tipo de información médica y de salud.

Usted tiene derechos en lo que respecta a su información y al control de la manera en que se usa su PHI. Le proporcionamos un aviso por escrito que le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se denomina “Aviso de prácticas de privacidad”.

Los miembros que pueden dar su consentimiento para recibir servicios confidenciales o delicados no están obligados a obtener la autorización de ningún otro miembro para recibir servicios confidenciales ni a presentar un reclamo por servicios confidenciales. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP dirigirá las comunicaciones relacionadas con servicios confidenciales a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o el número de teléfono alternativos designados de un miembro o, en ausencia de una designación, en el nombre del miembro a la dirección o número de teléfono en el archivo. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP no divulgará información médica relacionada con servicios sensibles a ningún otro miembro sin la autorización por escrito del miembro que recibe la atención. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP atenderá solicitudes de comunicaciones confidenciales en la forma y el formato



---

**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

solicitados, si es fácilmente producible en la forma y el formato solicitados, o en ubicaciones alternativas. La solicitud de un miembro para comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios confidenciales será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o envíe una nueva solicitud para comunicaciones confidenciales.

## **Solicitar comunicaciones confidenciales**

Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una forma específica (por ejemplo, a su teléfono particular o laboral), o por correo a una dirección distinta. Puede hacer esta solicitud enviando un formulario de solicitud de comunicación confidencial a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Puede solicitar una copia del formulario llamando a Servicio al Cliente o accediendo al formulario en nuestro sitio web en [www.hpsj-mvhp.com](http://www.hpsj-mvhp.com).

Consideraremos todas las solicitudes razonables. Debemos responder de manera afirmativa si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Nosotros protegemos su información médica personal (PHI) como lo exigen las leyes federales y estatales.

### **C1. Cómo protegemos su PHI**

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada revise o modifique sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no damos su PHI a nadie que no le brinde atención médica o que no pague por esta. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien autorizado legalmente para tomar decisiones en su nombre, puede dar autorización por escrito.

A veces no necesitamos obtener su permiso por escrito primero. Las siguientes excepciones son permitidas o exigidas por ley:

- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención de nuestro plan.
- Podemos divulgar la PHI si lo ordena un tribunal, pero solo si la ley de California lo permite.
- Debemos proporcionarle a Medicare su PHI, incluida la información sobre los medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su PHI con propósitos de investigación u otros, lo hace de acuerdo con las leyes federales.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



## C2. Su derecho a consultar sus registros médicos

- Tiene derecho a consultar sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros.
- También tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos lo pide, trabajamos junto con el proveedor de atención médica para decidir si se deben efectuar cambios.
- Tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otras personas y de qué manera lo hacemos con fines que no sean establecidos.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicio al Cliente.

### Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y personal. Esto incluye información sobre su raza/etnia, idioma, identidad de género y orientación sexual. Además, se indica cómo puede acceder a dicha información. Por favor, léalo detenidamente.

### Sus derechos

**Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información médica.** En esta sección se explican estos derechos y responsabilidades.

|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Puede pedir ver u obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos, y otra información médica que tengamos de usted. Consúltenos cómo hacer esto.</li><li>• Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos. Por lo general, dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en los costos.</li></ul> |
| <b>Pedirnos que corrijamos registros de salud y de reclamos</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Puede pedir que corrijamos sus registros de salud y de reclamos si cree que no son correctos o que están incompletos.</li><li>• Consúltenos cómo hacer esto. Podríamos rechazar su solicitud; sin embargo, le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.</li></ul>                                                                                                                          |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Solicitar comunicaciones confidenciales</b>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una forma específica (por ejemplo: a su teléfono particular o laboral), o por correo a una dirección distinta.</li> <li>• Consideraremos todas las solicitudes razonables. Responderemos afirmativamente si nos informa que estaría en peligro si no lo hacemos.</li> <li>• Tramitaremos todos los cambios en las comunicaciones confidenciales que usted solicite. Esto sucederá dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud por escrito. Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud a través del correo prioritario. Le enviaremos una carta para informarle que recibimos su solicitud.</li> <li>• Si usted es una persona mayor con discapacidad (SPD) y tiene una incapacidad física o mental, no necesita completar un formulario de autorización.</li> </ul> |
| <b>Pedir que limitemos la información personal que usamos o compartimos</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.</li> <li>• No estamos obligados estar de acuerdo con su solicitud, y es posible que la rechacemos si afecta su atención.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Obtener una lista de todos aquellos con los que hemos compartido información</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar una lista (un informe) de las veces que hemos compartido su información médica. Esto incluirá las veces seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién hemos compartido su información y por qué.</li> <li>• Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya solicitado hacer). Proporcionaremos un informe al año de forma gratuita. Le cobraremos una tarifa razonable y basada en los costos si solicita otra en un plazo de 12 meses.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Obtener una copia de este aviso de privacidad</b>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso en formato electrónico. Le enviaremos una copia impresa a la brevedad.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Elegir a alguien para que actúe en su nombre</b>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le ha dado a alguien un poder médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.</li> <li>• Nos cercioraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de que tomemos medidas.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede presentar una queja si considera que hemos vulnerado sus derechos. Póngase en contacto con nosotros utilizando la información de la última página.</li> <li>• Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, a: U.S. Department of Health and Human Services Office D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6755 o visitando <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints">www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints</a></li> <li>• No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Solicitar que su información de salud se envíe a una aplicación de su elección</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las normas de interoperabilidad nos exigen proporcionar hasta cinco años de determinada información de salud cuando usted nos la solicita directamente o a través de una aplicación de terceros.</li> <li>• Cuando lo solicita a través de una aplicación de terceros, Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP se reserva el derecho de aprobar la solicitud de terceros con base en un análisis de seguridad.</li> <li>• Puede realizar esta solicitud directamente con nosotros accediendo al formulario de solicitud de acceso a información de salud en línea (<a href="http://hpsj.com">hpsj.com</a>), por teléfono a un representante de Servicio al Cliente o presentándose sin cita previa.</li> <li>• Debe completar todo el formulario y enviarlo por correo o llevarlo a la oficina de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP ubicada en 7751 South Mantney Road, French Camp, CA 95231. También puede enviar el formulario por fax al: 1-209-461-2550 o enviarlo a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP a través de un correo electrónico seguro.</li> <li>• No somos responsables de la aplicación de terceros que seleccione. No somos responsables de sus datos una vez transferidos a la aplicación de terceros.</li> </ul> |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## Sus opciones

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre qué compartir. Si tiene una preferencia clara respecto de la manera en la que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, avísenos. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos lo siguiente:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas relacionadas con el pago de la atención médica

Compartir información en una situación de ayuda ante desastres Si no puede indicarnos su preferencia (por ejemplo, porque está inconsciente), es posible que continuemos y compartamos su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.

**En los siguientes casos, nunca compartimos su información, salvo que usted nos autorice por escrito:**

- Propósitos de mercadeo
- Venta de su información

**Tampoco utilizaremos su información de las siguientes formas:**

- Usar la raza/etnia, el idioma, la identidad de género o la orientación sexual para tomar decisiones que conduzcan a la suscripción, la denegación de cobertura o exigirle que renuncie a sus derechos de inscribirse o estar cubierto por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP.
- Divulgar su información médica o personal sobre servicios de aborto si la solicitud proviene de otro estado, incluso si se trata de una citación. Usted está bajo la protección de la Ley de Privacidad Reproductiva de California.
- Divulgar información médica o personal de niños que reciben atención de afirmación de género o atención de salud mental en respuesta a cualquier citación civil, extranjera o acción fuera del estado. Divulgar información sobre el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD) en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo contra un miembro, sin el consentimiento de este o sin una orden judicial.
- Compartir su información sobre servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva, infecciones y enfermedades de transmisión sexual y violencia de



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

pareja sin su autorización expresa por escrito, excepto para tratamiento, pago y operaciones.

## Nuestros usos y divulgaciones

### ¿Cómo usamos o compartimos su información médica en general?

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud para lo siguiente:

|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ayudar a controlar el tratamiento de atención médica que usted recibe</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo están tratando.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                         | <i>Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento a fin de que podamos organizar servicios adicionales.</i>                                                   |
| <b>Dirigir nuestra organización</b>                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y contactarlo cuando se requiera.</li> <li>No estamos autorizados a usar su información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio que esta tendrá. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.</li> </ul> | <i>Ejemplo: Usamos su información de salud a fin de desarrollar mejores servicios para usted.</i>                                                                                                  |
| <b>Pagar sus servicios de salud</b>                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar y divulgar su información médica a medida que pagamos sus servicios.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                     | <i>Ejemplo: Compartimos datos sobre usted con su plan dental para coordinar el pago del trabajo dental.</i>                                                                                        |
| <b>Administrar el plan</b>                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan con fines de administración.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                        | <i>Su compañía celebra un contrato con nosotros para que brindemos un plan de salud. Nosotros le brindamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas de seguro que cobramos.</i> |

### ¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información médica?



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Tenemos permitido o se nos exige que compartamos su información de otras formas. Por lo general, de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con estos fines.

Para obtener más información, visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ayudar a la salud pública y ante problemas de seguridad</b>                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir sus datos de salud para ciertas situaciones, como las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prevenir enfermedades.</li> <li>○ Ayudar en el retiro de productos.</li> <li>○ Informar reacciones adversas de los medicamentos.</li> <li>○ Denunciar una sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica</li> <li>○ Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o a la seguridad de una persona</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Investigar</b>                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos usar o divulgar su información para las investigaciones de salud.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Cumplir con la ley</b>                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debemos compartir su información si el estado o las leyes federales así lo requieran. Incluso el Departamento de Salud y Servicios Humanos puede pedirla para comprobar que cumplimos las leyes de privacidad federales.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Responder ante las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de una funeraria</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir su información médica con organizaciones dedicadas a obtener órganos.</li> <li>• También podemos compartir su información de salud con un médico o perito forense, o el director de una funeraria cuando alguien fallece.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Abordar la indemnización a los trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno</b>                      | <p>Podemos usar o compartir su información de salud en estos casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para los reclamos de indemnización a los trabajadores</li> <li>• Con el fin de cumplir con la ley o con funcionarios encargados de hacer cumplir la ley</li> <li>• Con las agencias de supervisión de salud para las actividades que autoriza la ley</li> </ul>                                                                                                                       |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|                                                  |                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Para las funciones de gobierno especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección al presidente</li></ul>           |
| <b>Responder ante juicios y acciones legales</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación legal.</li></ul> |

## Nuestras responsabilidades

- Se nos exige por ley mantener la privacidad y la seguridad de su información personal y de salud protegida.
- Le diremos de inmediato si ocurre una violación que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia.
- No vamos a usar ni compartir su información de ninguna otra manera que las descritas en el presente documento, salvo que usted nos autorice por escrito. Si usted nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, visite: [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html)

## Cómo protegemos su información médica protegida

El plan de salud se compromete a proteger su PHI. Mantenemos la PHI de nuestros miembro actuales y anteriores de forma confidencial y segura, según lo exige la ley y las normas de acreditación. Seguimos estos procedimientos para proteger su PHI:

- Utilizamos salvaguardas físicas y electrónicas.
- Con frecuencia capacitamos a nuestro personal en el uso y el intercambio adecuados de la PHI.
- Aseguramos nuestras oficinas y cerramos nuestros escritorios y archivadores.
- Protegemos nuestras computadoras y dispositivos electrónicos con contraseñas y solo damos acceso a la PHI al personal que la necesita para hacer su trabajo.
- Nuestros socios comerciales también están obligados a proteger la privacidad de cualquier PHI que compartamos con ellos, y no se les permite proporcionar PHI



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

a otros, excepto en la medida en que lo permita la ley y nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

### **Cambios en los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso. Los cambios aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia.

### **Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a lo siguiente:**

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP  
7751 South Manthey Road, French Camp, CA 95231

Comuníquese con nuestro Departamento de Cumplimiento si tiene preguntas o inquietudes sobre su privacidad, en [piu@hpsj.com](mailto:piu@hpsj.com) o llamando al 1-888-361-7526 (TTY: 711), o visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

### **Para obtener más información**

Póngase en contacto con nosotros para solicitar una copia de este aviso en otros idiomas o para obtener una copia en otro formato, como letra grande o braille.

---

## **D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información**

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a que le proporcionemos información acerca de nuestro plan, los proveedores de nuestra red y los servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder sus preguntas acerca de nuestro plan. Para conseguir un intérprete, llame a Servicio al Cliente. Este es un servicio gratuito para usted. También podemos darle información en letra grande, braille o audio. Llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP para comunicar su idioma o formato de preferencia. Le preguntaremos si la solicitud es para un documento o para todos.

Si solicita inglés, español, camboyano o vietnamita u otro formato para todos los documentos, se considera una solicitud permanente. Su preferencia se registrará en nuestro sistema para toda la correspondencia y todos los comunicados en el futuro. Solo tiene que solicitar estas opciones una vez. Para otros idiomas, se debe hacer la solicitud para cada documento.

Para actualizar sus preferencias en cualquier momento, llame al 1-888-361-7526 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratis. Para obtener más información, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



Si desea información sobre cualquiera de los siguientes temas, llame a Servicio al Cliente:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluyendo:
  - información financiera
  - cómo nos calificaron los miembros del plan
  - el número de apelaciones presentadas por los miembros
  - cómo dejar nuestro plan
- Nuestros proveedores de la red y farmacias de la red, incluyendo:
  - cómo elegir o cambiar proveedores de atención primaria
  - calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
  - cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, incluyendo:
  - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para miembros*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para miembros*) cubiertos por nuestro plan
  - Límites para su cobertura y medicamentos
  - reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este Manual para miembros), incluso pedimos que:
  - expliquemos por escrito por qué algo no está cubierto
  - cambiemos una decisión que tomamos
  - paguemos una factura que usted haya recibido



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden exigirle que pague por los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturar el saldo o cobrarle si pagamos menos del monto que cobra el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle los servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*.

---

## F. Su derecho a abandonar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no lo desea.

- Tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este Manual para miembros:
  - Para obtener más información acerca de cuándo puede unirse a un nuevo plan de beneficios de MA o de medicamentos.
  - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de Medi-Cal si deja nuestro plan.

---

## G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa de parte de sus médicos y demás proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones sobre su atención médica.

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

Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una forma que sea comprensible para usted. Usted tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informen todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informen los riesgos relacionados. Debemos informarle con anticipación si determinada atención



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de tomar una decisión sobre el tratamiento.
- **Rechazar el tratamiento.** Usted tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento. Ello incluye el derecho a abandonar el hospital o cualquier otro centro médico, incluso si su médico lo desaconseja. Tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos recetados. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo daremos de baja de nuestro plan. No obstante, si rechazara el tratamiento o dejara de tomar sus medicamentos, usted asumirá toda la responsabilidad de lo que le ocurra en consecuencia.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor negó la atención.** Tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le niega la atención que usted cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que le denegamos o que, por lo general, no cubrimos.** Esto se denomina una decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de este Manual para miembros se le indica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

## **G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo**

En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que eso le suceda, puede:

- Completar un formulario por escrito otorgando a alguien el derecho a tomar decisiones de atención médica por usted en caso de que se vea imposibilitado para tomar sus propias decisiones.
- Darle instrucciones por escrito a sus médicos acerca de cómo manejar su atención médica en caso de que se vea imposibilitado para tomar sus propias decisiones, incluso la atención que no desea.

El documento legal que usted usa para dar sus indicaciones se llama “directiva anticipada”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas, y cada una tiene un nombre distinto. Los ejemplos son el testamento vital y el poder para la atención médica.

No es necesario que tenga una directiva anticipada, pero puede hacer una. Esto es lo que debe hacer si desea usar una directiva anticipada:



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener el formulario con su médico, un abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos para oficina. Las farmacias y los consultorios de los proveedores a menudo tienen los formularios. También puede encontrar y descargar un formulario gratis en línea. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.
- **Complete el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere pedirle a un abogado o a otra persona de confianza, como un familiar o su PCP, que le ayude a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que necesiten saberlo.** Entregue una copia del formulario al médico. También debe entregarle una copia a la persona que designe para que tome decisiones por usted si usted no puede hacerlo. También puede entregar copias a sus amigos o familiares cercanos. Conserve una copia.
- Si lo hospitalizan y tiene una directiva anticipada firmada, **lleve una copia al hospital.**
  - En el hospital le preguntarán si tiene un formulario de directiva anticipada firmado y si lo tiene con usted.
  - Si no tiene un formulario de directiva anticipada firmado, el hospital cuenta con formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a:

- Que la directiva anticipada se incluya en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.
- Informarse sobre los cambios en las leyes de directivas anticipadas. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP le informará sobre los cambios en la ley estatal a más tardar 90 días después de haber realizado el cambio.

Por ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarle por el hecho de haber firmado o no un formulario de directiva anticipada. Llame al Servicio al Cliente para obtener más información.

### **G3. Qué hacer si no se respetan sus instrucciones**

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones en ella, puede presentar una queja ante la División de Audiencias Estatales del Departamento de Servicios Sociales de California, a: California



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Department of Social Services State Hearings Division, P.O. Box 944243, Mail Station 21-37, Sacramento, CA 94244-2430. Puede llamar al número gratuito 1-800-743-8525 o al 1-855-795-0634.

---

## H. Su derecho a presentar quejas y a solicitar que reconsideremos nuestras decisiones

En el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* se le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a recibir información acerca de las apelaciones y las quejas que otros miembros del plan han presentado contra nosotros. Llame a Servicio al Cliente para obtener esta información.

### H1. Qué hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que lo tratamos de manera injusta, y **no** se trata de discriminación por las razones enumeradas en el **Capítulo 11** de este *Manual para miembros*, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicio al Cliente.
- El Programa de Asesoría y Defensa de Seguros Médicos (HICAP), al 1-800-434-0222. Para obtener más información sobre el HICAP, consulte el **Capítulo 2** de este Manual para miembros
- El programa de Defensoría de Medi-Cal, al 1-888-452-8609. Para obtener más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este Manual para miembros.

Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar el documento “Derechos y protecciones de Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en [www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf](http://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).)

---

## I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se detallan a continuación. Si tiene alguna duda, llame a Servicio al Cliente.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- **Leer este Manual para miembros** para conocer lo que cubre nuestro plan y las reglas a seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener más información sobre sus:
  - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para miembros*. Dichos capítulos le indican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué debe pagar.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para miembros*.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o medicamentos que tenga.** Tenemos la obligación de asegurarnos de que use todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicio al Cliente si tiene otra cobertura.
- **Informar al médico y demás proveedores** de atención médica que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios o medicamentos cubiertos.
- **Ayudar a sus médicos** y demás proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
  - Comparta con ellos la información que necesiten sobre usted y su salud. Obtenga la mayor cantidad de información posible sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones acordadas por usted y sus proveedores.
  - Asegúrese de que sus doctores y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que usted toma. Esto incluye medicamentos, medicamentos, vitaminas y suplementos de venta libre.
  - Haga todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben darle explicaciones que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte de nuevo.
- **Trabajar con su coordinador de atención**, lo que incluye completar una evaluación anual de riesgos de salud.
- **Ser considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pagar lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Primas de la Parte A de Medicare y de la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP, Medi-Cal paga su prima de la Parte A de Medicare y su prima de la Parte B de Medicare.
- Para algunos de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo al momento de recibir el servicio o el medicamento. Esto será un copago (un monto fijo). En el **Capítulo 6** se indica lo que debe pagar por los medicamentos.
- **Si obtiene servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este Manual para miembros para obtener información sobre cómo presentar una apelación).
- **Informarnos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a Servicio al Cliente
  - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. En el **Capítulo 1** de este *Manual para miembros* se brinda orientación sobre nuestra área de servicio.
  - Podemos ayudarle a averiguar si se mudará fuera de nuestra área de servicio.
  - Informe a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* para conocer los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
  - **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, aun necesitamos saberlo.** Necesitamos tener su registro de miembro actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
  - Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios)
- **Decirnos si tiene un nuevo número de teléfono** o una mejor forma de contactarlo.
- **Llame a Servicio al Cliente para solicitar ayuda en caso de que tenga preguntas o inquietudes.**



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## Capítulo 9. Qué hacer si tiene algún problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### Introducción

Este capítulo contiene información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema con o una queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no pagará.
- No está conforme con una decisión que tomó su plan respecto a su atención.
- Considera que sus servicios cubiertos terminan muy pronto.
- Tiene un problema o una queja con respecto a sus servicios y apoyos a largo plazo, que incluyen los servicios basados en la comunidad para adultos (CBAS) y los servicios en un centro de enfermería (NF).

Este capítulo está dividido en secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación.**

Debería recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que el médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte del plan. **Si tiene algún problema con su atención, puede llamar al Programa de Defensoría de Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077 o TTY 711 para obtener ayuda.** Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa de Defensoría para que lo guíen con su problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y las formas de comunicarse con ellos, consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para miembros*.

### Índice

|                                                         |     |
|---------------------------------------------------------|-----|
| A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud ..... | 225 |
| A1. Sobre los términos legales .....                    | 225 |
| B. Cómo obtener ayuda .....                             | 225 |
| B1. Para obtener más información y ayuda .....          | 225 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



|    |                                                                              |     |
|----|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| C. | Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan.. | 227 |
| D. | Problemas con sus beneficios .....                                           | 228 |
| E. | Decisiones de cobertura y apelaciones .....                                  | 228 |
|    | E1. Decisiones de cobertura .....                                            | 228 |
|    | E2. Apelaciones .....                                                        | 229 |
|    | E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones .....                | 229 |
|    | E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle.....                         | 230 |
| F. | Atención médica .....                                                        | 231 |
|    | F1. Usar esta sección .....                                                  | 231 |
|    | F2. Solicitar una decisión de cobertura .....                                | 232 |
|    | F3. Presentar una apelación de Nivel 1 .....                                 | 234 |
|    | F4. Presentar una apelación de Nivel 2 .....                                 | 238 |
|    | F5. Problemas de pago.....                                                   | 245 |
| G. | Medicamentos de la Parte D de Medicare .....                                 | 246 |
|    | G1. Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D de Medicare .....    | 247 |
|    | G2. Excepciones de la Parte D de Medicare .....                              | 248 |
|    | G3. Aspectos importantes que debe conocer para solicitar una excepción ..... | 250 |
|    | G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción .....         | 250 |
|    | G5. Presentar una apelación de Nivel 1 .....                                 | 253 |
|    | G6. Presentar una apelación de Nivel 2 .....                                 | 256 |
| H. | Solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada .....    | 258 |
|    | H1. Conocer sus derechos de Medicare .....                                   | 259 |
|    | H2. Presentar una apelación de Nivel 1 .....                                 | 260 |
|    | H3. Presentar una apelación de Nivel 2.....                                  | 262 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|     |                                                                                                  |     |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| I.  | Solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos.....                            | 263 |
| I1. | Aviso anticipado antes de que finalice su cobertura .....                                        | 263 |
| I2. | Presentar una apelación de Nivel 1 .....                                                         | 264 |
| I3. | Presentar una apelación de Nivel 2 .....                                                         | 266 |
| J.  | Llevar su apelación más allá del Nivel 2 .....                                                   | 267 |
| J1. | Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare .....                                  | 267 |
| J2. | Apelaciones adicionales de Medi-Cal .....                                                        | 268 |
| J3. | Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D<br>de Medicare..... | 268 |
| K.  | Cómo presentar una queja .....                                                                   | 270 |
| K1. | ¿Qué tipo de problemas se consideran quejas? .....                                               | 270 |
| K2. | Quejas internas .....                                                                            | 272 |
| K3. | Quejas externas .....                                                                            | 273 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

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

Para garantizar la equidad y la prontitud, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

### A1. Sobre los términos legales

Hay términos legales en este capítulo para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que usamos palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Usamos la menor cantidad de abreviaturas posibles.

Por ejemplo, decimos:

- “Hacer una queja” en lugar de “presentar una queja formal”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo”, o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación expedita”
- “Organización de revisión independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de revisión independiente” (IRE)

Saber los términos legales correctos puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad y por eso también se los proporcionamos.

---

## B. Cómo obtener ayuda

### B1. Para obtener más información y ayuda

En ocasiones, iniciar o seguir el proceso para manejar un problema es confuso. Esto es especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene energía limitada. En otros casos, es posible que no cuente con la información necesaria para dar el siguiente paso.

#### Ayuda del Programa de Asesoría y Defensa de Seguros Médicos

Puede llamar al Programa de Asesoría y Defensa de Seguros Médicos (HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer para manejar su problema. El HICAP no tiene relación con ninguna compañía de



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

seguros o plan de salud. El HICAP tiene asesores capacitados en todos los condados, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222.

### **Ayuda del Programa de Defensoría de Medicare y Medi-Cal**

Puede llamar al Programa de Defensoría de Medicare y Medi-Cal y hablar con un defensor sobre sus preguntas sobre la cobertura de salud. Es posible que puedan ofrecerle ayuda legal gratuita. El Programa de Defensoría no tiene relación con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Su número de teléfono es 1-855-501-3077, TTY 711 y su sitio web es [www.healthconsumer.org](http://www.healthconsumer.org).

### **Ayuda e información de Medicare**

Para obtener más información y ayuda, comuníquese con Medicare. Estas son dos maneras en las que usted puede obtener ayuda de Medicare:

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

### **Ayuda del Departamento de Servicios de Atención Médica de California**

El programa de Defensoría de Atención Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS) puede ayudarlo. Lo pueden ayudar si tiene problemas para inscribirse en un plan de salud, cambiar de plan o abandonarlo. También puede ayudarlo si se mudó y no puede transferir la cobertura de Medi-Cal al nuevo condado. Puede llamar a la Oficina de Defensoría de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al 1-888-452-8609.

### **Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California**

Póngase en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de supervisar los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre los servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden utilizar el número gratuito de TDD, 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov).

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, debe llamar primero al plan de salud, al **1-888-361-7526 (TTY: 711)**, y usar el proceso de quejas formales de su plan antes de comunicarse con el departamento. Seguir este proceso no le impedirá ejercer otros derechos legales o recursos disponibles. Llame al departamento si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que no haya sido resuelta de



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

manera satisfactoria por el plan de salud o que haya permanecido sin resolverse durante más de 30 días. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionado con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación y disputas de pago por servicios médicos de emergencias vitales o leves. El departamento también tiene un número de teléfono gratis (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidades auditivas y del habla. En el sitio web del departamento, [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) hay formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones.

---

## C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información contenida en este capítulo corresponde a todos sus beneficios de atención médica administrada de Medicare y Medi-Cal. En ocasiones, esto se denomina “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces, los procesos de Medicare y Medi-Cal no se pueden combinar. En esas situaciones, usted usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medi-Cal. En la **Sección F4** se explican estas situaciones.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta en este capítulo para problemas y quejas.

| <b>¿Su problema o inquietud tiene que ver con los beneficios o la cobertura?</b>                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Esto incluye problemas acerca de si cierta atención médica en particular (productos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) están cubiertos o no, la manera en que se cubren, así como los problemas relacionados con el pago por la atención médica. |                                                                                                                                                     |
| <b>Sí.</b><br>Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.<br><br>Consulte la <b>Sección E</b> , “Decisiones de cobertura y apelaciones”.                                                                                                     | <b>No.</b><br>Mi problema no está relacionado con los beneficios ni la cobertura.<br><br>Consulte la <b>Sección K</b> , “Cómo presentar una queja”. |

## E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación sirve para resolver problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, por lo general nos referimos a los productos, servicios y medicamentos de la Parte B como atención médica.

### E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es aquella que tomamos con respecto a los beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagamos por los servicios médicos o medicamentos. Usted o el médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Usted o su médico pueden no estar seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a proporcionarle la atención médica que usted cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.**

Tomamos una decisión de cobertura cuando revisamos una solicitud de servicio o un reclamo. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o dejará de estar cubierto por Medicare o Medi-Cal. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esta decisión, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es la manera formal de solicitarnos que revisemos y rectifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, se le llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisaremos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas de manera adecuada. Revisores distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original se encargarán de su apelación.

En la mayoría de los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1. Si su problema de salud es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene dolor intenso y necesita una decisión más rápida, puede solicitar una revisión médica de la IMR al Departamento de Atención Médica Administrada en [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov). Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

Cuando hayamos terminado la revisión, le haremos saber nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, que se explican más adelante en la **Sección F2** de este capítulo, usted puede solicitar una “decisión de cobertura acelerada” o “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si respondemos que **no** a todo o parte de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de atención médica de Medicare, la carta le indicará que enviamos su caso a la Organización de revisión independiente (IRO) para una apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o equipo de Medicaid o de la Parte D de Medicare, la carta le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información acerca de las apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar por niveles adicionales de apelación.

## E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de las siguientes personas:

- **Servicio al Cliente**, a los números que aparecen en la parte inferior de la página.
- **Programa de Defensoría de Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077.**
- **Programa de Asesoría y Defensa de Seguros Médicos (HICAP)** al 1-800-434-0222.
- **El Centro de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC ayuda a las personas con



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

apelaciones relacionadas con los servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden utilizar el número gratuito de TDD, 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov). Si bien el DMHC puede ayudar a las personas con planes administrados de Medi-Cal, no solo puede ayudar a las personas con planes de Medicare y en los siguientes Sistemas de Salud Organizados del Condado (County Organized Health Systems, COHS): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health y CalOptima. El gobierno federal regula los planes de Medicare y el Departamento de Servicios de Atención Médica regula los planes de COHS.

- **Su médico u otros proveedores.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o apelar en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le proporcionarán servicios legales gratuitos si cumple con los requisitos.
  - Solicite un abogado de asistencia legal del Programa de Defensoría de Medicare y Medi-Cal llamando al 1-855-501-3077.

Complete el formulario de Designación de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario autoriza a alguien a actuar en su nombre.

Llame a Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página y solicite el formulario de “Designación de representante”. También puede obtener el formulario visitando [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org). **Deberá proporcionarnos una copia del formulario firmado.**

#### **E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle**

Existen cuatro situaciones que tienen que ver con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Cada situación tiene distintas reglas y plazos. Damos detalles para cada



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



uno de ellos en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección correspondiente:

- **Sección F**, “Atención médica”
- **Sección G**, “Medicamentos de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Solicitar cobertura para una estadía en el hospital más prolongada”
- **Sección I**, “Solicitar que continuemos cubriendo determinados servicios médicos” (Esta sección solo aplica a estos servicios: servicios de atención médica domiciliaria, atención médica en un centro de enfermería especializada y en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)).

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página.

---

## F. Atención médica

En esta sección se le explica qué puede hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención. Para obtener información acerca de cómo solicitar una estadía en el hospital más prolongada, consulte la **Sección H**.

Esta sección trata sobre los beneficios para la atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*, en la Tabla de beneficios. En algunos casos, se pueden aplicar reglas diferentes a un medicamento de la Parte B de Medicare. Cuando lo hacen, explicamos cómo las reglas para los medicamentos de la Parte B de Medicare difieren de las reglas para los servicios y artículos médicos.

### F1. Usar esta sección

En esta sección se le explica lo que puede hacer en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Usted considera que cubrimos la atención médica que necesita, pero que no recibe.

**Lo que puede hacer:** Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

**Lo que puede hacer:** Puede apelar esta decisión. Consulte la **Sección F3**.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

3. Recibió atención médica que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

**Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó por atención médica que pensó que cubríamos y desea que le reembolsemos.

**Lo que puede hacer:** Puede solicitarnos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Hemos reducido o suspendido su cobertura de determinada atención médica y usted considera que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

**Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para servicios de atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención médica en un centro de enfermería especializada o en CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que involucren la reducción o la suspensión de la cobertura para determinada atención médica, use esta sección (**Sección F**) como guía.

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

**Lo que puede hacer:** Puede presentar una queja. Consulte la **Sección K2**.

## **F2. Solicitar una decisión de cobertura**

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se denomina **determinación de organización integrada**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de la siguiente manera:

- llamando al 1-888-361-7526 (TTY: 711).
- enviando un fax al 1-209-762-4774.
- escribiendo a: Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP, 7751 South Manthey Road, French Camp, CA 95231.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## Decisión de cobertura estándar

Cuando le informemos nuestra decisión, usamos los plazos “estándar”, a menos que acordemos usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta dentro de:

- **5 días hábiles** después de que **recibamos su solicitud para un servicio o artículo médico** que está sujeto a nuestras reglas de autorización previa.
- **5 días hábiles**, y a más tardar **14 días calendario** después de que **recibamos su solicitud para todos los demás servicios o artículos médicos**, sujeto a nuestras reglas de autorización previa.
- **72 horas** después de que recibamos su solicitud para un medicamento de la **Parte B de Medicare**.

## Decisión de cobertura rápida

El término legal para la decisión de cobertura rápida es **determinación expedita**.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura con respecto a la atención médica que requiere una respuesta rápida, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de:

- **72 horas después de que recibamos su solicitud de un servicio o artículo médico**.
- **24 horas después de que recibamos su solicitud para un medicamento de la Parte B de Medicare**.

Para recibir una decisión de cobertura acelerada, deberá cumplir con dos requisitos:

- Está solicitando cobertura por artículos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida con respecto al pago de productos o servicios que ya recibió.
- El uso de los plazos estándar podría **causarle graves perjuicios a su salud** o afectar su capacidad para funcionar.

**Automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida si el médico nos informa que su estado de salud lo requiere.** Si la solicita sin el respaldo de su médico, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Si concluimos que su estado de salud no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida se lo informaremos en una carta y utilizaremos los plazos estándar en su lugar. En la carta se le informará:
  - Automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida si su médico lo solicita.
  - Cómo puede presentar una “queja rápida” con respecto a nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura acelerada. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K (Cómo presentar una queja)**.

**Si respondemos que no a todo o parte de la solicitud**, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos.

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

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

- Si la solicitud está incompleta,
- Si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo, o
- Si solicita que se retire su solicitud.

Si rechazamos la solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicándole por qué la misma fue rechazada y cómo solicitar una revisión de dicho rechazo. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

### **F3. Presentar una apelación de Nivel 1**

**Para iniciar una apelación**, usted, su médico o su representante autorizado deben contactarnos. Llámenos al 1-888-361-7526.

**Solicite una apelación estándar o una apelación rápida** por escrito o llamándonos al 1-888-361-7526.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Si su médico u otra persona que emita recetas solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante la apelación, es posible que deba nombrarlos como su representante para que actúen en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, incluya un formulario de Designación de representante autorizando a esta persona a actuar en su nombre. Puede obtener el formulario visitando [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o visitando [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).
- Podemos aceptar la solicitud de apelación sin el formulario, pero no podremos iniciar o completar nuestra revisión hasta haberlo recibido. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
  - Desestimaremos su solicitud, y
  - Le enviaremos un aviso por escrito explicándole su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación en un plazo de 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si dejó pasar el plazo debido a una razón válida, le otorgaremos tiempo adicional para presentar la apelación. Ejemplos de motivos válidos incluyen situaciones como haber tenido una enfermedad grave o haber recibido información incorrecta de nuestra parte sobre la fecha límite. Explique el motivo por el cual su apelación se presenta fuera de plazo al momento de presentarla.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información acerca de su apelación. Usted y su médico también pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

### **Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.**

El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración expedita”.

- Si apela una decisión que tomamos acerca de la cobertura de atención médica, usted y/o su médico pueden solicitar una apelación rápida.

**Le daremos automáticamente una apelación rápida si el médico nos explica que su estado de salud lo requiere.** Si la solicita sin el respaldo de su médico, decidiremos si recibe una apelación rápida.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Si concluimos que su estado de salud no cumple con los requisitos para una apelación acelerada, se lo comunicamos en una carta y usaremos los plazos estándar en su lugar. En la carta se le informará:
  - Le daremos automáticamente una apelación rápida si su médico la solicita.
  - Cómo puede presentar una “queja acelerada” sobre nuestra decisión de otorgarle una apelación estándar en lugar de una apelación acelerada. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K: Cómo presentar una queja**.

**Si le comunicamos que suspendaremos o reduciremos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar con dichos servicios o artículos durante la apelación.**

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o el artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigor prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
  - Si cumple con este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
  - También recibirá todos los demás servicios o elementos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.
  - Si no apela antes de estas fechas, el servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de la apelación.

**Consideraremos su apelación y le daremos nuestra respuesta.**

- Cuando revisemos la apelación, volveremos a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con la solicitud de cobertura de atención médica,
- Verificaremos si seguimos todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Recabaremos información adicional si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con el médico para obtener dicha información.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## Hay plazos para presentar una apelación rápida.

- Cuando usemos los plazos rápidos, debemos otorgarle nuestra respuesta dentro de **72 horas posteriores a la recepción de la apelación, o antes si su estado de salud requiere una respuesta más rápida**. Si su estado de salud lo requiere, le informaremos nuestra decisión con mayor prontitud.
  - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Más adelante en la **Sección F4** de este capítulo, hablaremos sobre esta organización y explicaremos el proceso de apelaciones para el Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o equipo de Medi-Cal (Medicaid), usted mismo puede presentar una audiencia estatal de Nivel 2 ante el estado tan pronto como se acabe el tiempo. Para presentar una audiencia estatal, consulte la **Sección F4**, según corresponda.
- **Si respondemos afirmativamente a parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizarle o proporcionarle la cobertura que acordamos brindarle dentro de 72 horas posteriores a la recepción de la apelación o antes, si su estado de salud lo requiere.
- **Si respondemos que no a todo o parte de lo que solicitó**, enviaremos la apelación a la IRO para una apelación de Nivel 2.

## Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando usemos los plazos estándar, deberemos proporcionarle nuestra respuesta en un plazo de **30 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación para la cobertura por servicios que no recibió.
- Si la solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le responderemos en un plazo de **7 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación o antes, si su estado de salud lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta dentro de la fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Más adelante en la **Sección F4** de este capítulo, hablaremos sobre esta organización y explicaremos el proceso de apelaciones para el Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o equipo de Medi-Cal (Medicaid), usted puede presentar una audiencia estatal de Nivel 2 ante el estado tan pronto como se acabe el tiempo. Para presentar una audiencia estatal, consulte la **Sección F4**, según corresponda.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

**Si respondemos afirmativamente a parte o la totalidad de la solicitud**, debemos autorizarle o proporcionarle la cobertura que aceptamos brindarle en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos la solicitud de apelación, o tan pronto como su estado de salud lo requiera, y dentro de 72 horas a partir de la fecha en que cambiemos nuestra decisión, o en un plazo de 7 días calendario a partir de la fecha en que recibimos la apelación, si la solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si respondemos que **no** a todo o parte de la solicitud, **usted tiene otros derechos de apelación**:

- Si respondemos que **no** a todo o parte de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o equipo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la IRO para una apelación de Nivel 2.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o equipo de Medi-Cal, la carta le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

#### **F4. Presentar una apelación de Nivel 2**

Si respondemos que **no** a todo o parte de la apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informará si Medicare, Medi-Cal o ambos programas generalmente cubren el servicio o el artículo.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **Medicare** generalmente cubre, automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **Medi-Cal** generalmente cubre, puede presentar una apelación de Nivel 2. La carta le indica cómo hacerlo. También incluiremos más información más adelante en la **Sección G6** de este capítulo.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **Medicare y Medi-Cal** pueden cubrir, automáticamente recibirá una apelación de Nivel 2 con la IRO. Además de la apelación automática de Nivel 2, también puede solicitar una audiencia estatal y una revisión médica independiente ante el estado. Sin embargo, una revisión médica independiente no está disponible si ya ha presentado evidencia en una audiencia estatal.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



Si usted calificó para la continuidad de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que, por lo general, solo está cubierto por Medicare, los beneficios correspondientes a ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema está relacionado con un servicio que normalmente solo cubre Medi-Cal, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo de 10 días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

### **Cuando su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare suele cubrir**

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

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

- Esta organización no está relacionada con nosotros y tampoco es una agencia gubernamental. Medicare elige a la compañía para ser la IRO, y Medicare supervisa su trabajo.
- Nosotros enviamos información sobre su apelación (su “expediente del caso”) a esta organización. Tiene derecho a recibir una copia gratuita de su expediente del caso.
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la IRO para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan detenidamente toda la información relacionada con la apelación.

**Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tiene una apelación rápida en el Nivel 2.**



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Si presentó una apelación acelerada en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación acelerada en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de **72 horas** de haber recibido su apelación.

**Si tenía una apelación estándar en el Nivel 1, también tiene una apelación estándar en el Nivel 2.**

- Si presentó una apelación estándar en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo médico o servicio, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de los **30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si la solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe proporcionarle una respuesta a la apelación de Nivel 2 en un plazo de **7 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación.

**Si la IRO le da su respuesta por escrito y explica los motivos.**

- **Si la IRO responde afirmativamente a una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo médico o servicio**, debemos implementar la decisión de inmediato:
  - autorizar la cobertura de atención médica **dentro de 72 horas**, o
  - proporcionar el servicio dentro de los **5 días hábiles** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes estándar**, o
  - proporcionar el servicio **dentro de 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO responde afirmativamente a una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:
  - **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes estándar**, o
  - **dentro de las 24 horas** siguientes a la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO responde que No a parte o la totalidad de la apelación**, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar la solicitud, o parte de ella, de



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

cobertura para atención médica. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar la apelación”.

- Si su caso reúne los requisitos, usted elige si desea seguir adelante con su apelación.
- Existen otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que hace un total de cinco niveles.
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar el proceso de apelaciones, deberá decidir si desea continuar con el Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se incluyen en el aviso por escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un abogado litigante maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información acerca de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

### **Cuando su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre**

Hay dos maneras de presentar una apelación de Nivel 2 para servicios y productos de Medi-Cal: (1) Presentar una queja o una revisión médica independiente, o (2) audiencia estatal.

#### **(1) Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)**

Puede presentar una queja o solicitar una Revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR) en el Centro de ayuda del DMHC. Al presentar una queja, el DMHC revisará nuestra decisión. El DMHC hará su propia investigación de su queja o decidirá si el caso califica para una IMR. Una IMR puede estar disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión de su caso por parte de expertos que no son parte de nuestro plan o del DMHC. Si la IMR se decide a su favor, debemos otorgarle el servicio o artículo que solicitó. Usted no paga costos por una IMR.

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

- Deniega, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque nuestro plan determina que no es médicamente necesario.
- No cubre un tratamiento experimental o de investigación de Medi-Cal para una afección médica grave.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Disputa si un servicio o procedimiento quirúrgico fue de naturaleza cosmética o reconstructiva.
- No paga por servicios de emergencia o urgencia de Medi-Cal que usted ya recibió.
- No ha resuelto su apelación de Nivel 1 en un servicio de Medi-Cal dentro de 30 días calendario para una apelación estándar o de 72 horas, o antes, si su salud lo requiere, para una apelación rápida.

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

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

Usted puede solicitar una IMR y una audiencia estatal, pero no se le permite pasar a la IMR si ya ha presentado evidencia en una audiencia estatal o ha tenido una audiencia estatal sobre el mismo tema.

Si su tratamiento fue denegado porque era experimental o de investigación, no tiene que participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene dolor intenso, puede informarlo de inmediato al DMHC sin tener que pasar primero por nuestro proceso de apelación.

Debe **solicitar una IMR dentro de los 6 meses** posteriores a que le enviemos una decisión por escrito sobre su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de 6 meses por una buena justificación, como por ejemplo, si tuvo una afección médica que le impidió solicitar la IMR dentro de los 6 meses, o no recibió una notificación adecuada de nuestra parte sobre el proceso de la IMR.

Para presentar una queja o solicitar una IMR:

- Complete el Formulario de IMR/queja disponible en:  
[www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) o llame al Centro de ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Si los tiene, adjunte copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o el artículo que denegamos. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de los documentos, no originales. El Centro de ayuda 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 llamar al Centro de ayuda del Departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe el Formulario de IMR/queja y cualquier documento adjunto al DMHC: Enviarlo en línea: [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx)
- Enviarlo por correo postal o fax:

Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
FAX: 1-916-255-5241

En un plazo de 7 días, el DMHC revisará su solicitud y le enviará una carta de acuse de recibo. Si el DMHC determina que el caso califica para una IMR, entonces se tomará una decisión dentro de los 30 días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.

Si su caso es urgente y califica para una IMR, la decisión de la IMR generalmente se tomará dentro de los 7 días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.

Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, aún puede solicitar una audiencia estatal.

Una IMR puede tomar más tiempo si el DMHC no recibe todos los registros médicos necesarios de usted o de su médico tratante. Si utiliza un médico que no está en la red de su plan de salud, es importante que obtenga y nos envíe sus registros médicos de ese médico. Su plan de salud debe obtener copias de sus registros médicos de los médicos que están en la red.

Si el DMHC decide que su caso no es elegible para una IMR, el DMHC revisará su caso a través de su proceso regular de quejas de consumidores. Su queja debe resolverse en un plazo de 30 días calendario a partir de la presentación de la solicitud completa. Si su queja es urgente, se resolverá antes.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## (2) Audiencia estatal

Puede solicitar una audiencia estatal para los servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si el médico u otro proveedor solicita un servicio o artículo que no aprobamos, o si no continuamos pagando un servicio o artículo que ya tiene y rechazamos la apelación de Nivel 1, tiene derecho a solicitar una audiencia estatal.

En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una audiencia estatal** después de que se le envíe por correo el aviso de “Carta de decisión de apelación”.

**NOTA:** Si solicita una audiencia estatal porque le indicamos que un servicio que recibe cambiará o se terminará, **tiene menos días para presentar la solicitud** si desea que el servicio continúe mientras la audiencia estatal está pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?” en la página **16** para obtener más información.

Hay dos maneras de solicitar una audiencia estatal:

1. Puede completar la “Solicitud de audiencia estatal” en el reverso del aviso de acción. Debe proporcionar toda la información solicitada, como su nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del plan o condado que tomó la acción en su contra, los programas de ayuda involucrados y una razón detallada por la que desea una audiencia. A continuación, puede enviar su solicitud de una de estas maneras:
  - Al departamento de bienestar social del condado a la dirección que figura en el aviso.
  - Al Departamento de Servicios Sociales de California, a: California Department of Social Services  
  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433  
Sacramento, California 94244-2430
  - A la División de Audiencias Estatales al número de fax 916-309-3487 o al número gratuito 1-833-281-0903.
2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-743-8525. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349. Si decide solicitar una audiencia estatal por teléfono, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

La División de Audiencias Estatales le informa su decisión por escrito y le explica las razones.

- Si la División de Audiencias Estatales responde que **sí** a una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo médico o servicio, deberemos autorizarle o



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

proporcionarle dicho servicio dentro de **72 horas** posteriores a la recepción de su decisión.

- Si la División de Audiencias Estatales responde que **no** a parte o la totalidad de la apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar la solicitud, o parte de ella, de cobertura para atención médica. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar la apelación”.

Si la decisión de la IRO o de la audiencia estatal es **no** para la totalidad o una parte de su solicitud, usted tiene derechos adicionales de apelación.

Si su apelación de Nivel 2 fue a la **IRO**, usted puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o del artículo que usted desea cumple con un monto mínimo. Un ALJ o un abogado litigante maneja las apelaciones de Nivel 3. **La carta que recibe de la IRO le explica los derechos adicionales de apelación que usted puede tener.**

La carta que recibe de la División de Audiencias Estatales describe la siguiente opción de apelación.

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

## F5. Problemas de pago

No permitimos que nuestros proveedores de la red le facturen por los servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si el pago que le brindamos al proveedor es menor al que este cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca se le exige pagar el saldo de una factura. El único monto que se le debe pedir que pague es el copago para las categorías de medicamentos que requieren un copago.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura usted mismo. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Si la paga, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las reglas para obtener servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*. Describe situaciones en las que podría necesitar pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió de un proveedor. Asimismo, se le indica cómo hacernos llegar los documentos para solicitarnos un pago.

Si solicita un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Verificaremos que el servicio o el artículo que pagó esté cubierto y que haya seguido todas las reglas para el uso de la cobertura.

- Si el servicio o el artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago del servicio o artículo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Si aún no pagó el servicio o el artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando le enviemos el pago, será lo mismo que responder de forma **afirmativa** a la solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no están cubiertos o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta donde se le informará que no pagaremos el servicio o artículo, y los motivos correspondientes.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación para que le reembolsemos, debemos otorgarle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario posteriores a la recepción de la apelación.

Si nuestra respuesta a la apelación es **negativa**, y **Medicare** generalmente cubre el servicio o el producto, enviaremos el caso a la IRO. Si esto sucede, le enviaremos una carta.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y determina que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a la apelación es **afirmativa** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, deberemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar la apelación”. Recibirá una carta que le explicará los derechos adicionales de apelación que puede tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información acerca de los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a la apelación es **negativa** y Medi-Cal generalmente cubre el servicio o el artículo, usted puede presentar una apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

---

## G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro del plan incluyen cobertura de muchos medicamentos. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre y que Medi-Cal podría cubrir. **Esta sección corresponde únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** Diremos “medicamento” durante el resto de esta sección en lugar de



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



decir “medicamento de la Parte D de Medicare” cada vez. Para medicamentos cubiertos únicamente por Medi-Cal, siga el proceso descrito en la **Sección E**.

Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre un medicamento bajo indicación médicamente aceptada.

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

Estos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos respecto a los medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Cuando usted nos pide que hagamos una excepción, incluso si nos pide que:
  - Cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan, o
  - Dejemos de lado una restricción de la cobertura para un medicamento, por ejemplo, los límites en la cantidad que puede obtener.
- Cuando usted nos consulta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando el medicamento se encuentra en la Lista de medicamentos de nuestro plan, pero debemos aprobarlo para usted antes de cubrirlo)

**NOTA:** Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir como está escrita, la farmacia le da un aviso por escrito explicándole cómo contactarnos para pedir una decisión de cobertura.

La decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina “**determinación de cobertura**”.

- Cuando nos solicita que paguemos un medicamento que ya compró. Esto es solicitarnos una decisión de cobertura acerca del pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. En esta sección le informaremos cómo solicitar las decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la tabla de abajo para ayudarle.

### ¿Cuál de estas situaciones es la suya?

|                             |                       |                        |                                 |
|-----------------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------------|
| Necesita un medicamento que | Desea que cubramos un | Desea solicitar que le | Le dijimos que no cubriremos ni |
|-----------------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------------|



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

| ¿Cuál de estas situaciones es la suya?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que dejemos de lado una regla o restricción sobre un medicamento cubierto.</p> <p><b>Puede solicitarnos que hagamos una excepción.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la <b>Sección G2</b> y, a continuación, consulte las <b>Secciones G3 y G4</b></p> | <p>medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que cumple con las reglas o restricciones del plan, como obtener la aprobación por adelantado, para obtenerlo.</p> <p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p> <p>Consulte la <b>Sección G4</b></p> | <p>reembolsemos un medicamento que ya obtuvo y pagó.</p> <p><b>Puede solicitarnos el reembolso.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Consulte la <b>Sección G4</b></p> | <p>pagaremos por un medicamento de la manera que usted desea.</p> <p><b>Puede presentar una apelación.</b> (Esto significa que usted nos pide que reconsideremos).</p> <p>Consulte la <b>Sección G5</b></p> |

## G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos la solicitud de una excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Al solicitar una excepción, su médico u otro prescriptor deberán explicar las razones médicas por las que necesita una excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que se elimine una restricción de un medicamento en ocasiones se denomina solicitar una “**excepción al formulario**”.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, el médico u otro prescriptor pueden solicitarnos:

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

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos, usted paga el copago aplicable a los medicamentos del Nivel 4 para medicamentos de marca o del Nivel 2 para medicamentos genéricos.
- No puede obtener una excepción al monto del copago requerido por el medicamento.

### 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican reglas adicionales o restricciones a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (consulte el **Capítulo 5** de este Manual para miembros para obtener más información).
- Las reglas adicionales y restricciones para ciertos medicamentos incluyen:
  - Verse obligado a usar la versión genérica de un medicamento, en lugar del medicamento de marca.
  - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. En ocasiones, esto se denomina “autorización previa (PA)”.
  - Verse obligado a probar un medicamento diferente primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto a veces se denomina “tratamiento escalonado”.
  - Límites de cantidad. En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en cuanto a la cantidad que puede obtener.
- Si aceptamos una excepción para usted y anulamos una restricción, podrá solicitar una excepción del monto del copago que debe pagar.

### 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo. Cada medicamento incluido en nuestra *Lista de medicamentos* se encuentra en uno de los 6 niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más bajo sea el número del nivel de costos compartidos, menor será el monto del copago requerido.

- Nuestra Lista de medicamentos a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos medicamentos se denominan medicamentos “alternativos”.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Si un medicamento alternativo para su afección médica se encuentra en un nivel de costo compartido más bajo que el medicamento que toma, puede solicitarnos que lo cubramos al monto del costo compartido para el medicamento alternativo. Esto reducirá el monto del copago por el medicamento.
- Si aprobamos la solicitud de excepción de niveles y hay más de un nivel de costos compartidos con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

### **G3. Aspectos importantes que debe conocer para solicitar una excepción**

#### **Su médico u otro prescriptor deberán indicarnos las razones clínicas.**

Su médico u otro prescriptor deberán proporcionarnos una declaración en la que se indiquen las razones clínicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, adjunte la información clínica proporcionada por el médico, u otro prescriptor, al momento de solicitar la excepción.

Nuestra *Lista de medicamentos* a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos medicamentos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que solicita y no ocasiona mayores efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general, **no** aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de niveles, por lo general **no** aprobaremos la solicitud de excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos en el nivel de costo compartido más bajo obtenga resultados favorables para usted u ocasionen reacciones adversas o algún otro daño.

#### **Podemos aprobar o rechazar la solicitud.**

- Si respondemos **afirmativamente** a la solicitud de excepción, la excepción por lo general durará hasta el final del año calendario. Esto seguirá siendo así mientras el médico continúe recetándole el medicamento y dicho medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si **rechazamos** la solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5**: Presentar una apelación de Nivel 1, para obtener información sobre cómo presentar una apelación en caso de que respondamos **negativamente**.

La siguiente sección le explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

### **G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción**

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-888-361-7526 (TTY: 711), escribiéndonos o enviándonos un fax. Esto puede hacerlo usted, su



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

representante, el médico (u otro prescriptor). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.

- Usted, el médico (u otro prescriptor) u otra persona que actúe en su nombre, pueden solicitar una decisión de cobertura. un abogado también puede actuar en su nombre.
- Consulte la **Sección E3**, Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- No necesita dar permiso por escrito a su médico u otro prescriptor para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos que le reembolsemos un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este Manual para miembros.
- Si solicita una excepción, proporciónenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otro prescriptor para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro prescriptor pueden enviarnos por correo o fax la declaración de respaldo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

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

Usamos los “plazos estándar” a menos que acordemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le responderemos dentro de 72 horas posteriores a la recepción de la documentación por parte del médico,
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le responderemos dentro de 24 horas posteriores a la recepción de la documentación por parte del médico.

La “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación de cobertura expedita**”.

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida si:
- Es para un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Su salud o capacidad para funcionar se verían seriamente perjudicadas si usamos los plazos estándar.

Si el médico u otro prescriptor nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, revisaremos la solicitud de acuerdo con el plazo de decisiones de cobertura rápida. Le enviaremos una carta con esta información.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin contar con el respaldo de su médico u otro prescriptor, decidiremos si puede recibir una decisión de cobertura rápida.
- Si determinamos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos en su lugar los plazos estándar.
  - Le enviaremos una carta en la que se le informa que usaremos el plazo estándar. La carta también le informa cómo apelar nuestra decisión.
  - Puede presentar una queja rápida y recibir una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K** *Cómo presentar una queja*.

### Plazos para una decisión de cobertura acelerada

- Si usamos los plazos acelerados, debemos otorgarle nuestra respuesta dentro de 24 horas después de la recepción de la solicitud. En caso de que solicite una excepción, le responderemos dentro de 24 horas posteriores a la recepción de la documentación de respaldo por parte del médico. Si su estado de salud lo requiere, le informaremos nuestra decisión antes.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO lo revise. Consulte la **Sección G6**: Presentar una apelación de Nivel 2, para obtener más información acerca de una apelación de Nivel 2.
- Si respondemos **afirmativamente** a toda o parte de la solicitud, le otorgaremos la cobertura dentro de 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud o de la declaración de respaldo del médico.
- Si respondemos **negativamente** a todo o parte de la solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le informa cómo puede presentar una apelación.

### Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Si usamos los plazos estándar, deberemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud. Si solicita una excepción, le proporcionaremos nuestra respuesta dentro de 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo por parte del médico. Si su estado de salud lo requiere, le informaremos nuestra decisión antes.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO lo revise.
- Si respondemos **afirmativamente** a toda o parte de la solicitud, le otorgaremos la cobertura dentro de 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud o de la declaración de respaldo del médico para una excepción.
- Si respondemos **negativamente** a todo o parte de la solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

### **Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró**

- Debemos proporcionarle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO lo revise.
- Si respondemos **afirmativamente** a toda o parte de la solicitud, le reembolsaremos en un plazo de 14 días calendario.
- Si respondemos **negativamente** a todo o parte de la solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

### **G5. Presentar una apelación de Nivel 1**

La apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura para un medicamento de la Parte D de Medicare se denomina “**redeterminación**” del plan.

- Comience su **apelación estándar o rápida** llamando al 1-888-361-7526 (TTY: 711), escribiéndonos o enviándonos un fax. Esto puede hacerlo usted, su representante, el médico (u otro prescriptor). Incluya su nombre, información de contacto e información relacionada con su apelación.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Debe solicitar una apelación en un plazo de **65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si dejó pasar el plazo debido a una razón válida, le otorgaremos tiempo adicional para presentar la apelación. Ejemplos de motivos válidos incluyen situaciones como haber tenido una enfermedad grave o haber recibido información incorrecta de nuestra parte sobre la fecha límite. Explique el motivo por el cual su apelación se presenta fuera de plazo al momento de presentarla.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información acerca de su apelación. Usted y su médico también pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

**Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.**

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

- Si apela una decisión que tomamos acerca de un medicamento que no recibió, usted junto con el médico, u otro prescriptor, decidirán si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4**: Solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción, para obtener más información.

Consideraremos su apelación y le daremos nuestra respuesta.

- Revisaremos su apelación y volveremos a analizar cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura.
- Verificaremos si seguimos las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Podemos contactarle a usted o al médico, u otro prescriptor, para obtener información adicional.

### **Plazos para una apelación rápida en el Nivel 1**

- Si usamos los plazos acelerados, debemos otorgarle nuestra respuesta dentro de **72 horas** posteriores a la recepción de la apelación.
  - Si su estado de salud lo requiere, le informaremos nuestra decisión antes.
  - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. A continuación, una IRO lo



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



revisa. Consulte la **Sección G6: Presentar una apelación** de Nivel 2 para obtener información acerca de la organización revisora y el proceso de apelación de Nivel 2.

- Si respondemos **afirmativamente** a una parte o la totalidad de la solicitud, debemos proporcionarle la cobertura que acordamos brindarle dentro de 72 horas posteriores a la recepción de la apelación.
- Si respondemos **negativamente** a todo o parte de la solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos y le indicaremos cómo presentar una apelación.

### Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, deberemos proporcionarle nuestra respuesta en un plazo de **7 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación por un medicamento que no haya recibido.
- Si no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere, le daremos nuestra decisión antes. Si cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
  - Si no le proporcionamos una decisión dentro de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. A continuación, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6: Presentar una apelación de Nivel 2** para obtener información acerca de la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si respondemos **afirmativamente** a una parte o a la totalidad de la solicitud:

- Debemos **proporcionarle la cobertura** que acordamos brindarle tan pronto como su salud lo requiera, a **más tardar 7 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró en un plazo de **30 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación.

Si respondemos **negativamente** a todo o parte de la solicitud:

- Le enviamos una carta en la que se explican las razones y se le informa cómo presentar una apelación.
- Debemos proporcionarle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró dentro de los **14 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Si no le proporcionamos una decisión dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. A continuación, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6: Presentar una apelación de Nivel 2** para obtener información acerca de la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si respondemos **afirmativamente** a toda o parte de la solicitud, deberemos pagarle en un plazo de 30 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud.
- Si respondemos **negativamente** a todo o parte de la solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos y le indicaremos cómo presentar una apelación.

## G6. Presentar una apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** la apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, debe usar el proceso de apelaciones de Apelación de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su primera apelación. Dicha organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

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

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otro prescriptor deben comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, la carta que le enviemos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones le indicarán quién puede presentar la apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación ante la IRO, le enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se denomina "expediente del caso". **Tiene derecho a recibir una copia gratuita de su expediente del caso.** Si necesita ayuda para solicitar una copia gratuita de su expediente del caso, llame al 1-888-361-7526 (TTY: 711).
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la IRO para respaldar su apelación.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

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

### Plazos para una apelación rápida en el Nivel 2

Si su estado de salud lo requiere, solicítele a la IRO una apelación rápida.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta dentro de **72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- Si responden **afirmativamente** a parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos aprobada dentro de **24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.

### Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

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

- **en un plazo de 7 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación por un medicamento que no haya recibido.
- **en un plazo de 14 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación para el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO responde **afirmativamente** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionarle la cobertura para medicamentos aprobada dentro de **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle un medicamento que compró en un plazo de 30 días calendario después de recibir la decisión de la IRO.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar la apelación”.

Si la IRO responde **negativamente** a la apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el monto en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un monto mínimo en dólares. Si el monto en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es menor al mínimo exigido, no podrá presentar otra apelación. En ese caso, la decisión sobre la apelación de Nivel 2 será definitiva. La IRO le envía una carta en la que se le informa el monto mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO responde **negativamente** a la apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar con el proceso de apelaciones, usted:
  - Decide si desea presentar una apelación de Nivel 3.
  - Consulte la carta que le envió la IRO después de su apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado litigante maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J Llevar su apelación más allá del Nivel 2** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

---

## H. Solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada

Cuando ingrese a un hospital, tendrá derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos por nosotros y que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información acerca de la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajan con usted para prepararle para el día en que se le dará de alta. También ayudan a hacer los arreglos para la atención que usted necesitará luego del alta.

- El día en que sale del hospital se denomina “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha de alta.

Si cree que se le ha pedido que abandone el hospital demasiado pronto o le preocupa la atención que recibirá después de haber dejado el hospital, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada. En esta sección se le indica cómo hacerlo.

Independientemente de las apelaciones analizadas en esta **Sección H**, también puede presentar una queja ante el DMHC y solicitar una revisión médica independiente para continuar con su estadía en el hospital. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente. Puede solicitar una revisión médica independiente además de una apelación de Nivel 3 o en lugar de ella.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## H1. Conocer sus derechos de Medicare

En los dos días posteriores a su ingreso al hospital, un miembro del hospital, como un profesional de enfermería o un trabajador social, le entregará un aviso por escrito llamado “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso al momento de la admisión hospitalaria.

Si no recibe este aviso, solicíteselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea el aviso** con atención y haga preguntas si no lo entiende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente hospitalizado, incluyendo sus derechos a:
  - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a conocer en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
  - Participar en las decisiones sobre la duración de su estadía en el hospital.
  - Saber dónde puede comunicar sus inquietudes acerca de la calidad de su atención hospitalaria.
  - Apelar si cree que le están dando de alta en el hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** como acuse de su recibo y para demostrar que comprende sus derechos.
  - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
  - Su firma en el aviso **únicamente** demuestra que recibió la información acerca de sus derechos. Firmar **no** significa que usted acepta una fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan indicado.
- **Guarde una copia** firmada de este aviso para tener la información en caso de que la necesite.

Si firma el aviso en un plazo mayor a dos días antes del alta del hospital, recibirá una copia adicional antes de recibir el alta.

Puede ver una copia del aviso con anticipación si:

- Llama a Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Llama a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite [www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-mail](http://www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-mail).

## H2. Presentar una apelación de Nivel 1

Para solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado por más tiempo, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) revisa la apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta programada es adecuada para usted desde el punto de vista médico.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica pagados por el gobierno federal. Se encargan de ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En California, la QIO es Commence Health, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) de Medicare. Puede llamarlos al 1-877-588-1123. La información de contacto también se encuentra en el aviso, “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”, y en el **Capítulo 2**.

**Llame a la QIO antes de salir del hospital y en un plazo no mayor a su fecha de alta programada.**

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada sin necesidad de pagar mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, podría tener que pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.
- Debido a que las estadías en el hospital están cubiertas tanto por Medicare como por Medi-Cal, si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no atiende su solicitud para continuar con su estadía en el hospital, o si cree que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o tiene dolor intenso, también puede presentar una queja o solicitar al Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) una revisión médica independiente. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente.

**Pida ayuda si es necesario.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Llame a Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- Llame al Programa de Asesoría y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) al 1-800-434-0222.

**Solicite una revisión rápida.** Actúe con prontitud y póngase en contacto con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión expedita**”.

### Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué considera que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta programada. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con el médico y analizan la información que el hospital y nuestro plan les han proporcionado.
- Para el mediodía del día después de que los revisores informen su apelación a nuestro plan, usted recibirá una carta con su fecha de alta programada. La carta también da las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta correcta y médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación por escrito es “**Aviso detallado sobre la fecha de alta**”. Puede obtener una muestra llamando a Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de esta página o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) También puede consultar un aviso modelo en línea en [www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](http://www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im).

Al cabo de todo un día después de obtener toda la información necesaria, la QIO le dará respuesta a su apelación.

Si la QIO responde **afirmativamente** a la apelación:

- Proporcionaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados, mientras estos sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Consideran que su fecha de alta programada es médicamente adecuada.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará al mediodía del día siguiente en que la QIO le dé respuesta a su apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a que la QIO le dé respuesta a su apelación.
- Puede presentar una apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de Nivel 1 y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada.

### H3. Presentar una apelación de Nivel 2

En el caso de una apelación de Nivel 2, debe solicitarle a la QIO que revise nuevamente la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1. Puede llamarlos al 1-877-588-1123.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO respondió **negativamente** a la apelación de Nivel 1. Podrá solicitar esta revisión **únicamente** si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó la cobertura de atención hospitalaria.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán la decisión sobre la apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud para una segunda revisión.

Si la QIO responde **afirmativamente** a la apelación:

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la QIO rechazó su apelación de Nivel 1.
- Proporcionaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados, mientras estos sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



- Le entregarán una carta que le indicará qué puede hacer si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.
- También puede presentar una queja ante el DMHC o solicitar una revisión médica independiente para continuar con su hospitalización. Consulte la **Sección E4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente.

Un ALJ o un abogado litigante maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J Llevar su apelación más allá del Nivel 2** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

---

## I. Solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata solo sobre tres tipos de servicios que puede recibir:

- servicios de atención médica en el hogar
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, y
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación mayor.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a recibir servicios cubiertos durante el tiempo que el médico dice que usted los necesita.

Cuando tomamos una decisión de dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos comunicárselo **antes** de la finalización de sus servicios. Cuando la cobertura de ese servicio termina, dejamos de pagarlo.

Si cree que es demasiado pronto para que finalicemos la cobertura, **puede presentar una apelación con respecto a nuestra decisión**. En esta sección se le indica cómo solicitar una apelación.

### I1. Aviso anticipado antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención médica. Se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”. En el aviso se le informará la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención médica y cómo apelar nuestra decisión.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibió. Su firma en el aviso **únicamente** demuestra que recibió la información. Firmar **no significa** que está de acuerdo con nuestra decisión.

## I2. Presentar una apelación de Nivel 1

Si cree que es demasiado pronto para que finalicemos la cobertura de su atención, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se le informa sobre el proceso de apelación del Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y respete los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con plazos. Si considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K**: Cómo presentar una queja, para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si es necesario.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
  - Llame a Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página.
  - Llame al HICAP al 1-800-434-0222.
- **Póngase en contacto con la QIO.**
  - Consulte la **Sección H2, Presentar una apelación de Nivel 1**, o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
  - Pídeles que revisen su apelación y decidan si cambiar la decisión de nuestro plan.
- Actúe con rapidez y solicite una “apelación acelerada”. Pregúntele a la QIO si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

### Plazo para contactar a dicha organización

- Debe comunicarse con la QIO para comenzar con la apelación antes del mediodía del día posterior de la fecha de entrada en vigor del “Aviso de no cobertura de Medicare” que le enviamos.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no escucha su solicitud para continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica o si cree que su situación es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud o si siente dolor intenso, puede presentar una queja y solicitar al



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) una revisión médica independiente. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente.

El término legal para el aviso por escrito es “**Aviso de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de esta página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener una copia en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices).

### Qué sucede durante una apelación acelerada

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué considera que la cobertura debería continuar. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con el médico y analizan la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican las razones para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso antes de que termine el día en que los revisores nos informen sobre su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación detallada de no cobertura**”.

- Los revisores proporcionarán su decisión en el plazo de un día después de obtener toda la información necesaria.

Si la QIO responde **afirmativamente** a la apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos mientras sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Su cobertura termina en la fecha que le comunicamos.
- Dejamos de pagar los costos de esta atención médica en la fecha indicada en el aviso.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Usted paga el costo total de esta atención si decide continuar con los servicios de atención médica domiciliaria, atención médica en un centro de enfermería especializada o CORF después de la fecha en que termina su cobertura
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

### I3. Presentar una apelación de Nivel 2

En el caso de una apelación de Nivel 2, debe solicitarle a la QIO que revise nuevamente la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1. Puede llamarlos al 1-877-588-1123.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO respondió **negativamente** a la apelación de Nivel 1. Podrá solicitar esta revisión **solo** si continúa recibiendo atención después de la fecha en que finalizó la cobertura para la misma.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán la decisión sobre la apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud para una segunda revisión.

Si la QIO responde **afirmativamente** a la apelación:

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que le informamos que terminaría su cobertura.
- Proporcionaremos cobertura para dicha atención mientras sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de poner fin a su atención y no la cambiarán.
- Le entregarán una carta que le indicará qué puede hacer si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.
- Puede presentar una queja ante el DMHC y solicitar una revisión médica independiente para continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica. Consulte la **Sección F4** para obtener información sobre cómo solicitar al DMHC una revisión médica independiente. Puede presentar una queja y solicitar



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

al DMHC una revisión médica independiente además de una apelación de Nivel 3 o en lugar de ella.

Un ALJ o un abogado litigante maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J Llevar su apelación más allá del Nivel 2** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

---

## J. Llevar su apelación más allá del Nivel 2

### J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 por servicios o equipos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o del equipo de Medicare que usted apeló no cumple con un monto mínimo en dólares, no puede apelar más. Si el valor en dólares es suficiente, puede continuar con el proceso de apelaciones. La carta que recibe de la IRO para su apelación de Nivel 2 explica con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

### Apelaciones de nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante el ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o abogado litigante responde **afirmativamente** a la apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con los documentos correspondientes. Existe la posibilidad de que esperemos la decisión a la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionarle el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, deberemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o del abogado litigante.
  - Si el ALJ o abogado litigante responde **negativamente** a la apelación, es posible que el proceso de apelaciones aún no haya terminado.
- Si usted decide aceptar la decisión de rechazo a la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Si usted decide no aceptar la decisión de rechazo a la apelación, podrá avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le informará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

### Apelaciones de nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo de Apelaciones) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo de Apelaciones responde **afirmativamente** a la apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar ante el Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo de Apelaciones.

Si el Consejo responde **negativamente** o rechaza nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no haya finalizado.

- Si usted decide aceptar la decisión de rechazo a la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
- Si usted decide no aceptar la decisión de rechazo a la apelación, podrá continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le informará si puede continuar con una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

### Apelaciones de nivel 5

- Un juez del Juzgado federal de distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **si** sí o **no**. Esta es la decisión final. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal federal de Distrito.

## J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medi-Cal generalmente cubre. La carta que reciba de la División de Audiencias Estatales le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

## J3. Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Si el monto en dólares del medicamento, por el cual apeló, cumple con un monto en dólares determinado, podrá avanzar a niveles de apelación adicionales. En la respuesta por escrito que recibirá de la apelación en el Nivel 2 se le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

### Apelaciones de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante el ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o abogado litigante responde **afirmativamente** a la apelación:

- El proceso de apelaciones ha terminado.
- Deberemos autorizar o proporcionarle la cobertura para el medicamento aprobado dentro de 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago en un plazo no mayor a 30 días calendario luego de recibir la decisión.

Si el ALJ o abogado litigante responde **negativamente** a la apelación, es posible que el proceso de apelaciones aún no haya terminado.

- Si usted decide aceptar la decisión de rechazo a la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
- Si usted decide no aceptar la decisión de rechazo a la apelación, podrá avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le informará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

### Apelaciones de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo de Apelaciones responde **afirmativamente** a la apelación:

- El proceso de apelaciones terminó.
- Deberemos autorizar o proporcionarle la cobertura para el medicamento aprobado dentro de 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago en un plazo no mayor a 30 días calendario luego de recibir la decisión.

Si el Consejo de Apelaciones responde **negativamente** a la apelación o si el Consejo de apelaciones rechaza la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no haya finalizado.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Si usted decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
- Si usted decide **no aceptar** la decisión de rechazo a la apelación, podrá continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le informará si puede continuar con una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

### Apelaciones de Nivel 5

- Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **si** sí o **no**. Esta es la decisión final. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal federal de distrito.

---

## K. Cómo presentar una queja

### K1. ¿Qué tipo de problemas se consideran quejas?

El proceso de quejas se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de quejas.

| Queja                                                                              | Ejemplo                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Calidad de la atención médica</b>                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Usted no está conforme con la calidad de la atención, por ejemplo la atención que recibió en el hospital.</li></ul>                                                                                   |
| <b>Respeto a la privacidad</b>                                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.</li></ul>                                                                               |
| <b>Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Un proveedor de atención médica o personal fue maleducado o irrespetuoso con usted.</li><li>• Nuestro personal lo trató mal.</li><li>• Usted cree que está siendo excluido de nuestro plan.</li></ul> |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



| Queja                                                                        | Ejemplo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Accesibilidad y asistencia lingüística</b>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>No puede acceder a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor debido a un problema físico.</li> <li>Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma que no sea inglés (como el lenguaje de señas estadounidense o el español).</li> <li>Su proveedor no le proporciona otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.</li> </ul> |
| <b>Tiempos de espera</b>                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tiene dificultad para obtener una cita médica o tiene que esperar demasiado para obtenerla.</li> <li>Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicio al Cliente u otro personal del plan le hacen esperar demasiado.</li> </ul>                                                                                                                                                               |
| <b>Limpieza</b>                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Considera que la clínica, el hospital o el consultorio médico no están limpios.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información que recibe de nosotros</b>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Considera que no le entregamos un aviso o carta que debería haber recibido.</li> <li>Considera que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o apelaciones</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Considera que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.</li> <li>Considera que, después de recibir una decisión de cobertura o una apelación en su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o darle el servicio o reembolsarle determinados servicios médicos.</li> <li>No cree que enviamos su caso a la IRO a tiempo.</li> </ul>                    |

**Hay diferentes tipos de quejas.** Puede realizar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta al plan y este la revisa. Una queja externa se presenta a



**Si tiene preguntas,** llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

una organización no relacionada con el plan y esta la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al 1-888-361-7526.

El término legal para una “queja” es una **“queja formal”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“presentar una queja formal”**.

## K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente al 1-888-361-7526 (TTY: 711). Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, deberá hacerlo **en un plazo de 60 días calendario** después de tener el problema por el cual desea quejarse.

- Si hay algo más que deba hacer, Servicio al Cliente se lo comunicará.
- Usted también puede escribir su queja y enviárnosla. Si usted pone su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Le enviaremos una carta dentro de un plazo de 5 días calendario posteriores a la recepción de su queja. Esta carta confirmará que se recibió. Recibirá una carta de resolución dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su queja.
- Puede que tenga un problema urgente que implique un riesgo inmediato y grave para su salud. Si esto sucede, puede solicitar una “queja rápida”. Responderemos a las “quejas rápidas” dentro de 72 horas.

El término legal para “queja rápida” es **“queja formal expedita”**.

De ser posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por una queja, tal vez le demos una respuesta durante la misma llamada. Si su estado de salud requiere que le demos una respuesta rápida, así lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También proporcionamos una actualización del estado y un tiempo estimado para que obtenga la respuesta.
- Si presenta una queja debido a que rechazamos la solicitud de “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le otorgaremos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de 24 horas.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Si presenta una queja debido a que nos tomó tiempo adicional tomar una decisión de cobertura o presentar una apelación, automáticamente le otorgaremos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de 24 horas.

Si no aceptamos todo o parte de la queja, se lo informaremos y le daremos nuestros motivos. Le responderemos independientemente de que estemos o no de acuerdo con la queja.

### **K3. Quejas externas**

#### **Medicare**

También puede informarle a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El formulario para presentar quejas de Medicare está disponible en: [www.medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). No necesita presentar una queja ante Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma las quejas con seriedad y usa dicha información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratis.

#### **Medi-Cal**

**Puede presentar una queja ante el programa de Defensoría de Atención Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS) llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Llame de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.**

Puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). El DMHC es responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de ayuda del DMHC para obtener ayuda con las quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Para asuntos no urgentes, puede presentar una queja ante el DMHC si no está de acuerdo con la decisión en su apelación de Nivel 1 o si el plan no resolvió su queja después de 30 días calendario. Sin embargo, puede comunicarse con el DMHC sin presentar una apelación de Nivel 1 si necesita ayuda con una queja que implique un problema urgente o que implique una amenaza inmediata y grave para su salud, si siente dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión de nuestro plan sobre su queja o si nuestro plan no resolvió su queja después de 30 días calendario.

Estas son dos formas de obtener ayuda del Centro de ayuda:



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden usar el número TTY gratuito, 1-877-688-9891. La llamada es gratis.
- Visite el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)).

### Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si cree que no recibió un tratamiento justo. Por ejemplo, puede hacer una queja sobre acceso para discapacitados o asistencia con el idioma. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de la OCR al:

- Por teléfono: Llame al 1-916-440-7370. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Comunicaciones).
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899 – 7413

Los formularios de queja están disponibles en  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- Electrónicamente: Envíe un correo electrónico a [Civilrights@dhcs.ca.gov](mailto:Civilrights@dhcs.ca.gov)

También puede tener derechos conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA) y a la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y de Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o con la Oficina de Derechos Civiles local.

### QIO

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante la QIO.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Puede presentar su queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si hace una queja ante la QIO, trabajamos con ellos para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2 Realizar una solicitud de Nivel 1** o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros*.

En California, la QIO se llama **Commence Health, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)**. El número de teléfono de Commence Health es 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668).



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## Capítulo 10: Finalizar su membresía en nuestro plan

---

### Introducción

Este capítulo explica cómo puede terminar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, todavía permanecerá en los programas de Medicare y Medi-Cal mientras sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

### Índice

|                                                                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan .....                                             | 277 |
| B. Cómo terminar la membresía en nuestro plan .....                                                     | 278 |
| C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado .....                                     | 279 |
| C1. Sus servicios de Medicare .....                                                                     | 279 |
| C2. Sus servicios de Medi-Cal .....                                                                     | 283 |
| D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan ..... | 284 |
| E. Otras situaciones en que termina su membresía en nuestro plan .....                                  | 284 |
| F. Reglas que prohíben pedirle que abandone el plan por cualquier motivo relacionado con la salud ..... | 285 |
| G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan .....                   | 286 |
| H. Cómo obtener más información sobre terminar la membresía en el plan .....                            | 286 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## A. Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden terminar su membresía durante ciertos períodos del año. Debido a que tiene Medi-Cal,

- tiene algunas opciones para terminar su membresía con nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, puede terminar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de inscripción abierta**, que dura del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que dura del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.º mes de derecho. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede suceder que haya otras situaciones en las que sea elegible para realizar cambios en su inscripción. Por ejemplo:

- si se muda fuera de nuestra área de servicio,
- su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda adicional cambió, o
- Si se mudó recientemente, actualmente está recibiendo atención médica o justo se mudó de un centro de enfermería o un hospital de atención a largo plazo.

Su membresía termina el último día del mes en que recibimos su solicitud para cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- opciones de Medicare en la tabla que figura en la **Sección C1**
- opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**

Puede obtener más información acerca de cómo puede terminar su membresía llamando a:



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Servicio al Cliente al número que figura en la parte inferior de esta página. El número para usuarios de TTY también aparece en la lista.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Programa de Asesoría y Defensa de Seguros Médicos de California (HICAP), al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/HICAP](http://www.aging.ca.gov/HICAP). Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Oficina de Defensoría de Atención Administrada de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. o envíe un correo electrónico a [MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov).

---

## B. Cómo terminar la membresía en nuestro plan

Si decide finalizar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Original Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare independiente, debe solicitar que se cancele la inscripción que tiene con nosotros. Existen dos formas en las que puede solicitar la cancelación de la inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicio al Cliente al número que figura en la parte inferior de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llama al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o medicamentos de Medicare. Información adicional sobre cómo recibir sus servicios de Medicare cuando deje nuestro plan se encuentra en la tabla de la página 253.
- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- La **Sección C** a continuación incluye los pasos que puede tomar para inscribirse en un plan diferente, lo que también terminará su membresía en nuestro plan.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



---

## C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Tiene opciones para recibir sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide dejar nuestro plan.

### C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare enumerados a continuación en cualquier mes del año. A continuación, se enumera una opción adicional durante determinados períodos del año, incluidos el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, o en otras situaciones que se describen en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, usted automáticamente finaliza su membresía en nuestro plan.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Un plan Medicare Medi-Cal (Plan Medi-Medi) es un tipo de plan Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un plan del Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), si usted califica.</b></p> <p><b>Nota:</b> El término Plan Medi-Medi es el nombre que se le da a los planes integrados para personas con doble elegibilidad y necesidades especiales (D-SNP) en California.</p> | <p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (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 al Programa de Asesoría y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) de California al 1-800-434-0222, TTY: 711 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p><b>O bien,</b></p> <p>Inscríbase en un nuevo Plan Medi-Medi.</p> <p>Se cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p> <p>Su plan de Medi-Cal cambiará para coincidir con su plan Medi-Medi.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>2. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Original Medicare con un plan independiente para medicamentos de Medicare y un plan de Medi-Cal.</b></p> | <p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame al Programa de Asesoría y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) de California al 1-800-434-0222, TTY: 711 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p><b>O bien,</b></p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare.</p> <p>Se cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.</p> <p>Permanecerá inscrito en su Plan Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>3. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Original Medicare sin un plan independiente para medicamentos de Medicare</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare independiente, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le indique a Medicare que no desea unirse.</p> <p>Solo debe rechazar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura para medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoría y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar 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 debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame al Programa de Asesoría y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) de California al 1-800-434-0222, TTY: 711 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Se cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.</p> <p>Permanecerá inscrito en su Plan Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>4. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertos momentos del año, incluido el Período de inscripción abierta y el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage, o en otras situaciones descritas en la Sección A.</b></p> | <p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (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 al Programa de Asesoría y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) de California al 1-800-434-0222, TTY: 711 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p><b>O bien,</b></p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Se cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p> <p>Su plan de Medi-Cal puede cambiar.</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de dejar nuestro plan, comuníquese con Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. O visite [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en). Pregunte cómo unirse a otro plan o reincorporarse a Original Medicare afecta la obtención de cobertura de Medi-Cal.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan

Si deja nuestro plan, puede pasar un tiempo antes de que su membresía termine y comience su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, usted seguirá recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Usar nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- Utilice las farmacias de nuestra red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo, para obtener sus medicamentos recetados.
- Si se encuentra hospitalizado el día en que termina su membresía en Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que sea dado de alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que se le dé de alta.

---

## E. Otras situaciones en que termina su membresía en nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos terminar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una pausa en la cobertura de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medi-Cal. Nota: Si ya no califica para Medi-Cal, puede continuar temporalmente en nuestro plan con beneficios de Medicare. Consulte la información a continuación sobre el período de consideración.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si sale de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se mudará o visitará se encuentra dentro del área de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por una ofensa criminal.
- Si miente o nos oculta información acerca de algún otro seguro que posea para medicamentos.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Si no es ciudadano de Estados Unidos o no tiene presencia legal en Estados Unidos.
  - Debe ser un ciudadano de Estados Unidos o tener presencia legal en Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
  - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si usted no es elegible para continuar siendo miembro por esta razón.
  - Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Si pierde su elegibilidad para Medi-Cal y está dentro del período de 5 meses de elegibilidad continua de nuestro plan, continuaremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare Advantage cubiertos por el plan. Durante este período, también continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos en el Plan estatal de Medicaid correspondiente. Los montos de costos compartidos de Medicare correspondientes a los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

Podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por las siguientes razones únicamente si obtenemos la autorización de Medicare y Medi-Cal primero:

- Si al inscribirse con nosotros intencionalmente nos proporciona información incorrecta y dicha información afecta su elegibilidad para el plan.
- Si continuamente exhibe conducta conflictiva que nos dificulte proporcionarle atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica. (Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso si damos por finalizada su membresía por este motivo).

---

## F. Reglas que prohíben pedirle que abandone el plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna causa que se relacione con su salud. Si cree que le pedimos que abandone nuestro plan por una razón relacionada con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## **G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan**

Si finalizamos su membresía en el plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para terminarla. De igual manera, debemos explicarle cómo presentar una queja formal o una queja con respecto a nuestra decisión de terminar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

---

## **H. Cómo obtener más información sobre terminar la membresía en el plan**

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo finalizar su membresía, llame a Servicio al Cliente al número que figura en la parte inferior de esta página.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



## Capítulo 11: Avisos legales

---

### Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

### Índice

|                                                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. Aviso sobre las leyes .....                                                                  | 288 |
| B. Aviso federal de no discriminación .....                                                     | 288 |
| C. Aviso de no discriminación para Medi-Cal .....                                               | 288 |
| D. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso ..... | 290 |
| E. Aviso sobre la recuperación del patrimonio de Medi-Cal .....                                 | 290 |



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## A. Aviso sobre las leyes

Existen muchas leyes que se aplican a este *Manual para miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este *Manual para miembros*. Las principales leyes que se aplican a este manual son las leyes estatales y federales sobre el programa Medi-Cal. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

---

## B. Aviso federal de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos, antecedentes médicos, información genética, comprobación de elegibilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes aplicables a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley o regla aplicable por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud sobre la discriminación o el trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos 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.

---

## C. Aviso de no discriminación para Medi-Cal

No discriminamos ni lo tratamos de manera diferente por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos, antecedentes médicos, información genética, comprobación de elegibilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, no discriminamos de manera ilegal, no excluimos a las personas ni las tratamos de forma diferente por motivos de ascendencia, identificación con un grupo étnico, identidad de género, estado civil o afección médica.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud sobre la discriminación o el trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica al 916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

(servicio de retransmisión de telecomunicaciones). Si cree que ha sido discriminado y desea presentar una queja formal por discriminación, comuníquese de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** Llame al 1-888-361-7526. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al 711 (Servicio de retransmisión de comunicaciones).
- **Por correo postal:** Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

Grievance Coordinator  
Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP  
Attention: Health Equity Officer  
7751 South Manthey Road  
French Camp, CA 92531

- **En persona:** Visite el consultorio médico o Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP y diga que desea presentar una queja formal.
- **En línea:** Visite el sitio web de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP en [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Si su queja formal es sobre discriminación en el programa Medi-Cal, también puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica, por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al 1-916-440-7370. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al 711 (Servicio de retransmisión de comunicaciones).
- Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

Puede obtener formularios de queja en  
[www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- Electrónicamente: envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para silla de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudarle.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

---

## **D. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso**

A veces, otra persona debe pagar primero los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la Indemnización a trabajadores tienen que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y regulaciones federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por servicios de atención médica a los miembros. Tomaremos todas las medidas razonables para asegurarnos de que el programa Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Los miembros de Medi-Cal deben utilizar todas las otras coberturas de salud (OHC) antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura de salud, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que, en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario de la OHC de Medicare, cubriendo los costos permitidos no pagados por nuestro plan u otra OHC hasta la tarifa de Medi-Cal.

---

## **E. Aviso sobre la recuperación del patrimonio de Medi-Cal**

El programa Medi-Cal debe solicitar el reembolso de los patrimonios testamentarios de ciertos miembros fallecidos por los beneficios de Medi-Cal recibidos al cumplir 55 años o después. El reembolso incluye pagos por servicios bajo el programa de Pago por servicio y primas/capitación de planes de atención administrada por servicios en centros de enfermería, servicios en el hogar y en la comunidad, así como los servicios hospitalarios y medicamentos recetados relacionados que se hayan recibido mientras el miembro estaba internado en un centro de enfermería o recibía servicios en el hogar y en la comunidad. El monto del reembolso no puede exceder el valor del patrimonio testamentario del miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación de patrimonio del Departamento de Servicios de Atención Médica, en [www.dhcs.ca.gov/er](http://www.dhcs.ca.gov/er), o llame al 1-916-650-0590.



**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

---

### Introducción

Este capítulo incluye los términos clave utilizados en todo este *Manual para miembros* con sus definiciones. Los términos se encuentran en orden alfabético. Si no encuentra el término que busca o necesita más información de la que incluye una definición, póngase en contacto con Servicio al Cliente.



---

**Si tiene preguntas**, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

**Actividades de la vida diaria (Activities of daily living, ADL):** Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, usar el inodoro, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

**Juez de derecho administrativo:** Un juez de derecho administrativo (ALJ) es un juez que escucha y decide los casos que involucran a agencias gubernamentales. Un juez que revisa una apelación de nivel 3.

**Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP):** Un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el tratamiento del VIH que salvan vidas.

**Centro quirúrgico ambulatorio:** Un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

**Apelación:** Una forma de impugnar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. En el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* se explican las apelaciones, incluida la forma de presentar una apelación.

**Salud conductual:** Se refiere a nuestro bienestar emocional, psicológico y social. En términos más simples, se trata de cómo pensamos, sentimos e interactuamos con los demás. Es un término inclusivo que se refiere a los servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias.

**Producto biológico:** Un medicamento que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

**Biosimilar:** Un fármaco biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilares intercambiables”).

**Medicamento de marca:** Un medicamento que es fabricado y vendido por la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas. Los medicamentos genéricos generalmente son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya finalizado.



**Si tiene preguntas,** llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

**Coordinador de atención:** Una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

**Plan de atención:** Consulte el término “Plan de atención individualizada”.

**Equipo de atención:** Consulte “Equipo de atención interdisciplinaria”.

**Etapas de cobertura en situaciones catastróficas:** Es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare en la que nuestro plan paga todos los costos de los medicamentos de la Parte D hasta finales de año. Inicia esta etapa cuando usted, u otras partes capacitadas que actúan a su nombre, han gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año. Usted no paga nada.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** La agencia federal encargada de Medicare. En el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* se le explica cómo comunicarse con los CMS.

**Servicios comunitarios para adultos (CBAS):** Programa de servicios basados en instalaciones y ambulatorios que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapia ocupacional y del habla, atención personal, capacitación y apoyo para familiares/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a miembros elegibles que cumplen con los criterios de elegibilidad aplicables.

**Queja:** Una declaración escrita o verbal en la que se indique que tiene un problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de la atención, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer una queja formal”.

**Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF):** Un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación mayor. Ofrece una variedad de servicios, que incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación de las condiciones del hogar.

**Copago:** Es una cantidad fija que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe determinados servicios o medicamentos. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un medicamento.

**Costo compartido:** Montos que debe pagar cuando recibe ciertos servicios o medicamentos. El costo compartido incluye copagos.

**Nivel de costo compartido:** Un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como *Lista de medicamentos*) se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido.



**Si tiene preguntas,** llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Por lo general, cuanto mayor es el nivel de costo compartido, mayor será el costo que pagará por el medicamento.

**Decisión de cobertura:** Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. En el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* se le explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Medicamentos cubiertos:** El término utilizado para referirnos a todos los medicamentos con receta y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

**Servicios cubiertos:** Es el término general utilizado para referirnos a toda la atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipo y otros servicios que cubre nuestro plan.

**Capacitación en competencia cultural:** Capacitación que proporciona instrucción adicional a nuestros proveedores de atención médica para ayudarles a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

**Servicio al Cliente:** Un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre el Servicio al Cliente.

**Tasa diaria de costo compartido:** Una tasa que puede aplicarse cuando el médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes y se le exige que pague un copago. La tasa diaria de costo compartido es el copago dividido entre el número de días de los suministros para un mes.

Por ejemplo: Supongamos que el copago por el medicamento para el suministro de un mes completo, un suministro de 30 días, es \$1.35. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es inferior a \$0.05 por día. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, el pago es inferior a \$0.05 por día multiplicado por 7 días, lo que hace un pago total inferior a \$0.35.

**Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS):** El departamento de estado en California que administra el Programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

**Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC):** El departamento de estado de California es responsable de regular la mayoría de los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. El DMHC también lleva a cabo revisiones médicas independientes (IMR).



**Si tiene preguntas,** llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



**Cancelación de la inscripción:** El proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por elección propia) o involuntaria (no por elección propia).

**Programa de Manejo de Medicamentos (DMP):** Un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que con frecuencia se abusa.

**Niveles de medicamentos:** Grupos de medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento en la *Lista de medicamentos* se encuentra en una de las seis categorías.

**Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP):** Plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

**Equipo médico duradero (DME):** Determinados artículos ordenados por su médico para uso en el hogar. Algunos ejemplos incluyen sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación del habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

**Emergencia:** Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con conocimientos promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal; y si usted está embarazada, para evitar la pérdida del bebé en gestación. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que está empeorando rápidamente.

**Atención de emergencia:** Servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

**Excepción:** Permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

**Servicios excluidos:** Servicios no cubiertos por este plan de salud.

**Ayuda Adicional (Extra Help):** Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

**Medicamento genérico:** Es un medicamento aprobado por la FDA para su uso en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos



**Si tiene preguntas,** llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más económico y funciona igual de bien que el medicamento de marca.

**Queja formal:** Una queja que presenta sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio proporcionado por su plan de salud.

**Programa de Asesoría y Defensa de Seguros Médicos (HICAP):** Un programa que proporciona información gratuita y objetiva, así como asesoramiento sobre Medicare. En el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* se le explica cómo comunicarse con el HICAP.

**Plan de salud:** Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

**Evaluación de riesgos de salud (HRA):** Una revisión de sus antecedentes médicos y afección actual. Se usa para conocer más acerca de su salud y de cómo podría cambiar en el futuro.

**Asistente de cuidado de la salud en el hogar:** Una persona que presta servicios que no necesitan las habilidades de una profesional de enfermería o terapeuta con licencia, como ayudar con los cuidados personales (como bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios estipulados). Estas personas no cuentan con una licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

**Centro de cuidados paliativos (hospicio):** Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona ha sido médicamente declarada como enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Una persona inscrita que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir recibir cuidados paliativos.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporcionan atención completa a la persona, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a proporcionarle una lista de los proveedores de cuidados paliativos ubicados en el área geográfica donde reside.

**Facturación incorrecta/inadecuada:** Una situación en la que un proveedor, como un médico u hospital, le factura más que el monto de nuestro costo compartido por servicios. Llame a Servicio al Cliente si recibe facturas que no comprende.



**Si tiene preguntas,** llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

Como miembro del plan, solo paga los montos de costo compartido del plan cuando recibe los servicios que cubrimos. **No** permitimos que los proveedores le facturen más de este monto.

**Servicios de apoyo en el hogar (IHSS):** El programa IHSS ayudará a pagar a los proveedores de atención médica inscritos por los servicios que se le brindaron para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. El programa de IHSS es una alternativa a la atención fuera del hogar, como los asilos de ancianos o los hogares de cuidado supervisado. Para recibir los servicios, se realiza una evaluación para determinar qué tipos de servicios pueden autorizarse para cada participante en función de sus necesidades. Los tipos de servicios que pueden autorizarse a través del IHSS son la limpieza del hogar, la preparación de comidas, la lavandería, las compras de comestibles, los servicios de cuidado personal (como el cuidado de los intestinos y la vejiga, el baño, el aseo y los servicios paramédicos), el acompañamiento a las citas médicas y la supervisión de protección para los discapacitados mentales. Las agencias de servicios sociales del condado administran el programa IHSS.

**Revisión médica independiente (IMR):** Si rechazamos su solicitud de servicios o tratamiento médico, usted puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es sobre un servicio de Medi-Cal, incluidos los suministros y medicamentos de DME, puede solicitar una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso por parte de expertos que no forman parte de nuestro plan. Si la decisión de la IMR es a su favor, debemos proporcionarle el servicio o tratamiento que solicitó. Usted no paga costos por una IMR.

**Organización de revisión independiente (IRO):** Una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Dicha organización decidirá si la decisión tomada es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su labor. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

**Plan de atención individualizada (ICP o plan de atención):** Un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo.

**Etapas de cobertura inicial:** La etapa previa a que los gastos totales en medicamentos de la Parte D de Medicare lleguen a \$2,100. Esto incluye los montos que pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Usted comienza en esta etapa cuando surte la primera receta del año. Durante esta etapa, nosotros pagamos una parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte.

**Paciente hospitalizado:** Término que se usa cuando se lo ingresa formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido formalmente, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si se queda a pasar la noche.



**Si tiene preguntas,** llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

**Equipo de atención interdisciplinaria (ICT o Equipo de atención):** Un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a elaborar un plan de atención.

**D-SNP integrado:** Es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un único plan de salud para determinados grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas se conocen como personas doblemente elegibles con beneficios completos.

**Biosimilar intercambiable:** Un biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a las leyes estatales.

***Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos):*** una lista de medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* le indica si existen reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos. En ocasiones, la *Lista de medicamentos* se denomina “Formulario”.

**Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS):** Los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su casa para que no tenga que ir a un centro de enfermería u hospital. Los LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen los Servicios comunitarios para adultos (CBAS), también conocidos como atención médica diurna para adultos, los Centros de enfermería (NF) y los Apoyos comunitarios. Los programas de exención de IHSS y 1915(c) son proveedores de LTSS de Medi-Cal fuera de nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional”.

**Programa de pedidos por correo:** Algunos planes pueden ofrecer un programa de pedidos por correo que le permite recibir un suministro para hasta 3 meses de sus medicamentos recetados cubiertos directamente en su hogar. Esta puede ser una forma conveniente y económica de surtir recetas que toma regularmente.

**Medi-Cal:** Este es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y es pagado por el estado y el gobierno federal.

- Ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no están cubiertos por Medicare.



**Si tiene preguntas,** llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

- Los programas de Medicaid varían según cada estado, pero la mayoría de los gastos de atención médica se encuentran cubiertos al calificar tanto para Medicare como para Medi-Cal.

**Planes de Medi-Cal:** Planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyos a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son independientes.

**Medicaid (o Asistencia médica (Medical Assistance)):** Es un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos. Medi-Cal es el programa de Medicaid para el estado de California.

**Medicamento necesario:** Describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ir a un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos deben cumplir con las normas aceptadas para la práctica médica.

**Medicare:** El programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que cuentan con Medicare pueden obtener la cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de atención médica administrada (consulte “Plan de salud”).

**Medicare Advantage:** Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes MA a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

**Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo de Apelaciones):** Un consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

**Servicios cubiertos por Medicare:** Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

**Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare diabetes prevention program MDPP):** Un programa estructurado de cambios saludables y conductuales que brinda capacitación en cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.



**Si tiene preguntas,** llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

**Persona inscrita en Medicare-Medi-Cal:** Una persona que califica para cobertura de Medicare y Medicaid. Una persona inscrita en Medicare-Medicaid también se denomina “persona con doble elegibilidad”.

**Parte A de Medicare:** El programa de Medicare que cubre la mayoría de los cuidados hospitalarios, de enfermería especializada, de atención domiciliaria y de atención en un centro de cuidados paliativos médicamente necesarios.

**Parte B de Medicare:** El programa Medicare que cubre 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 afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

**Parte C de Medicare:** El programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías privadas de seguro de salud proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan MA.

**Parte D de Medicare:** El programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar. La Parte D cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, vacunas y determinados insumos que no son cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare ni Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

**Medicamentos de la Parte D de Medicare:** Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura bajo la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

**Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM):** Es un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas, brindado a personas que cumplen con determinados requisitos o que están en un programa de manejo de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información.

**Plan Medi-Medi:** Un plan Medi-Medi es un tipo de plan Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios en ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal.

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** Una persona con Medicare y Medi-Cal que califica para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.



**Si tiene preguntas,** llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

**Manual para miembros e Información de divulgación:** se refiere a este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto o cláusula, en los que se le explique la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus obligaciones como miembro del plan.

**Farmacia de la red:** Una farmacia (droguería) que acordó surtir recetas para los miembros a nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas únicamente cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red.

**Proveedor de la red:** “Proveedor” es el término general que usamos para referirnos a los médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, equipos médicos, y servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran a los miembros un monto adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores de la red también pueden denominarse “proveedores del plan”.

**Hogar de ancianos o centro:** Un centro que brinda atención a personas que no pueden recibir su atención en casa, pero que no necesitan estar en el hospital.

**Oficina de Defensoría (Ombudsman):** Una oficina en su estado que actúa como defensora en su nombre. Pueden responder sus preguntas si tiene problemas o quejas y le pueden ayudar a saber qué hacer. Los servicios de defensoría son gratuitos. Encontrará más detalles en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual para miembros*.

**Determinación de la organización:** Nuestro plan toma una determinación de organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* se explican las decisiones de cobertura.

**Producto biológico original:** Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.



**Si tiene preguntas,** llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

**Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio):** El gobierno ofrece Original Medicare. En Original Medicare, los servicios se cubren mediante el pago de montos que el Congreso determine a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica.

- Puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare consta de dos partes: Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y Parte B de Medicare (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede optar por Original Medicare.

**Farmacia fuera de la red:** Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros a nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen determinadas cláusulas.--

**Proveedor o centro fuera de la red:** Un proveedor o centro que no es empleado, propietario ni operado por nuestro plan, y que no cuenta con un contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* se explican los proveedores o centros fuera de la red.

**Gastos de bolsillo:** El requisito de costo compartido para que los miembros paguen por una parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de “gasto de bolsillo”. Consulte la definición de “costo compartido” que aparece anteriormente.

**Medicamentos de venta libre (OTC):** Los medicamentos de venta libre son fármacos o medicamentos que una persona puede comprar sin receta por parte de un profesional de la atención médica.

**Parte A:** Consulte “Parte A de Medicare”.

**Parte B:** Consulte “Parte B de Medicare”.

**Parte C:** Consulte “Parte C de Medicare”.

**Parte D:** Consulte “Parte D de Medicare”.

**Medicamentos de la Parte D:** Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

**Información médica personal (también denominada información médica protegida) (PHI):** Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e antecedentes médicos. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a esta.



**Si tiene preguntas,** llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).



**Servicios preventivos:** Atención médica para prevenir enfermedades o detectarla en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

**Proveedor de atención primaria (PCP):** El médico u otro proveedor al que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Ellos se aseguran de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención médica y remitirlo a ellos.
- En muchos de los planes de salud de Medicare, usted debe acudir al proveedor de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de este Manual para miembros para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

**Autorización previa (PA):** Una aprobación que debe obtener de nuestra parte antes de que pueda obtener un servicio o medicamento específico o utilizar un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene PA de nosotros.

- Los servicios cubiertos que requieren la autorización previa del plan están señalados en el **Capítulo 4** de este Manual para miembros.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene una PA de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que requieren una PA de nuestro plan están marcados en la Lista de medicamentos cubiertos y las reglas se publican en nuestro sitio web.

**Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE):** Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en su hogar.

**Aparatos ortopédicos y prótesis:** Dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros: férulas para el brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte o funcionalidad interna del cuerpo, incluidos los suministros para la ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.



**Si tiene preguntas,** llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

**Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO):** Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas que cuentan con la cobertura de Medicare. El gobierno federal le paga a la QIO para que revise y mejore la atención brindada a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* para obtener información sobre la QIO.

**Límites de cantidad:** Un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Podemos limitar la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

**Herramienta de beneficios en tiempo real:** Un portal o aplicación informática en la que los miembros pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre los medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye los montos de costos compartidos, los medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

**Remisión:** Una remisión es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) o nuestra para recurrir a un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión para consultar a ciertos especialistas, como los especialistas en salud femenina. Puede encontrar más información sobre **las remisiones en los Capítulos 3 y 4** de este *Manual para miembros*.

**Servicios de rehabilitación:** Tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación mayor. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

**Servicios sensibles:** Servicios relacionados con la salud mental o conductual, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual (STI), VIH o SIDA, agresión sexual y abortos, trastorno por consumo de sustancias, atención de afirmación de género y violencia de pareja.

**Área de servicio:** Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente se refiere al área en la que puede recibir servicios de rutina (los que no son de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

**Parte del costo:** La parte de los costos de atención médica que puede tener que pagar cada mes antes de que sus beneficios entren en vigencia. El monto de su parte del costo depende de sus ingresos y recursos.

**Centro de enfermería especializada (SNF):** Un centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.



**Si tiene preguntas,** llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

**Atención médica en un centro de enfermería especializada (SNF):** Servicios de atención de enfermería especializada y de rehabilitación brindados en forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar un personal de enfermería acreditado o un médico.

**Especialista:** Un médico que trata ciertos tipos de problemas de salud. Por ejemplo, un cirujano ortopédico trata huesos quebrados; un alergista trata alergias; y un cardiólogo trata enfermedades del corazón. En la mayoría de los casos, un miembro necesitará una remisión del PCP para atenderse con un especialista.

**Farmacia especializada:** Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para conocer más sobre las farmacias especializadas.

**Audiencia estatal:** Si el médico u otro proveedor solicita un servicio de Medi-Cal que nosotros no aprobamos, o si no continuamos pagando un servicio de Medi-Cal que ya tiene, puede solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal se decide a su favor, debemos otorgarle el servicio que solicitó.

**Tratamiento escalonado:** Una regla de cobertura que requiere que usted pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted solicita.

**Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI):** Un beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, son ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del SSI son diferentes a los beneficios del Seguro Social.

**Atención necesaria de urgencia:** Atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Puede recibir atención necesaria de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a ellos porque, dado el momento, el lugar o las circunstancias, no es posible, o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red; por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección no vista, pero no es una emergencia médica.



**Si tiene preguntas,** llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

## Servicio al Cliente de Health Plan of San Joaquin/ Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP

### **LLAME 1-888-361-7526**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

Servicio al Cliente también cuenta con servicios de interpretación de idiomas gratuitos para las personas que no hablan inglés.

---

### **TTY 711**

Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla.

Las llamadas a este número son gratuitas.

De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre

---

### **FAX 1-209-461-2550**

---

### **ESCRIBA 7751 South Manthey Road, French Camp, CA 95231**

---

### **SITIO WEB [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org)**



Mountain Valley  
Health Plan

Advantage D-SNP