



Santa Clara Family
Health Plan™

CAL MEDICONNECT PLAN

(Plan de Medicare-Medicaid)

Aviso anual de cambios 2021

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

TTY: **711**

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

www.scfhp.com

H7890_16000S Accepted

ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO DE FORMA INTENCIONAL

Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan (Plan de Medicare-Medicaid) ofrecido por Santa Clara Family Health Plan

Aviso anual de cambios para 2021

Introducción

Usted está inscrito actualmente como miembro del Plan de Cal MediConnect (Plan de Medicare-Medicaid) de Santa Clara Family Health Plan (SCFHP). El próximo año habrá algunos cambios en los beneficios, la cobertura, las reglas y los costos del plan. Este *Aviso anual de cambios* le indica cuáles son los cambios y cómo encontrar más información al respecto. Las palabras clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Contenido

A. Renuncia de responsabilidades.....	3
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año	4
B1. Recursos adicionales	5
B2. Acerca del Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan	7
B3. Cosas importantes que debe hacer:	7
C. Cambios en los proveedores y farmacias de la red	9
D. Cambios en los beneficios para el próximo año	10
D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos	10
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos de venta con receta.....	11
D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”	12
D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”	14
E. Cambios administrativos.....	14
F. Cómo elegir un plan.....	14
F1. Cómo continuar en nuestro plan	14
F2. Cómo cambiar de plan	14
G. Cómo obtener ayuda	17
G1. Obtener ayuda del Plan de Cal MediConnect de SCFHP	17



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

G2. Obtener ayuda del agente de inscripción estatal	17
G3. Obtener ayuda del Programa Ombuds del Plan de Cal MediConnect	17
G4. Obtener ayuda de Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)	18
G5. Obtener ayuda de Medicare	18
G6. Obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California.....	19



A. Renuncia de responsabilidades

- El Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan (Plan de Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y Medi-Cal para ofrecer los beneficios de ambos programas a los miembros.
- La discriminación está prohibida por ley.

Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) cumple las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo. SCFHP no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

SCFHP:

- Ofrece ayuda y servicios gratis a personas con discapacidad para que se puedan comunicar con nosotros de manera eficaz, como:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Presta servicios lingüísticos gratis a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.



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

Si cree que SCFHP no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a:

Attn: Grievance and Appeals Department
Santa Clara Family Health Plan
6201 San Ignacio Ave
San Jose, CA 95119
Teléfono: 1-877-723-4795
TTY: 711
Fax: 1-408-874-1962
Correo electrónico: CalMediConnectGrievances@scfhp.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, un representante de Servicio al Cliente puede ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de los EE. UU. por vía electrónica a través del Portal de quejas de dicha oficina en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que todavía cubre sus necesidades del próximo año. Si no cubre sus necesidades, puede dejar el plan. Consulte la sección F2 para obtener más información.

Si elige dejar el Plan de Cal MediConnect de SCFHP, su membresía terminará el último día del mes en el que se hizo su solicitud.

Si deja nuestro plan, todavía estará en los programas de Medicare y Medi-Cal siempre que cumpla con los requisitos.

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



- Tendrá una opción sobre cómo obtener sus beneficios de Medicare (vaya a la página 14 para ver sus opciones).
- Recibirá sus beneficios de Medi-Cal mediante el plan de servicios médicos administrados de Medical que usted elija (visite la página 16 para obtener más información).

B1. Recursos adicionales

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

ជូនចំពោះ៖ រូបសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាស្នេហ៍ជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនតាមលេខ 1-877-723-4795 (TTY: 711) ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រម៉ោង 8 ព្រឹក។ ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ។ ប្រសិនបើ ប៉ាវ៉ាន់វើយសាសា, អ្នកបំណងបំណងបំណងដោយសេរីដោយឥតគិតថ្លៃ។ សំណួរសួរ. ហៅទូរស័ព្ទបំណងបំណងបំណងដោយឥតគិតថ្លៃ 1-877-723-4795 (TTY: 711), ចាប់ពី ថ្ងៃចន្ទ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ថ្ងៃចន្ទ ម៉ោង 8 ព្រឹក. ហៅទូរស័ព្ទ.

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



- Puede obtener este Aviso anual de cambios gratis en otros formatos, como letra grande, braille o en audio. Llame al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis.
- Puede hacer una solicitud permanente para recibir este documento, ahora o en el futuro, en un idioma distinto al inglés o en un formato alternativo. Mantendremos esta información en el archivo para futuros envíos. No necesita hacer una solicitud por separado cada vez. Para hacer o cambiar su solicitud:
- Llame al Servicio al Cliente o envíe una solicitud por escrito a:

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

B2. Acerca del Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan

- El Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan (Plan de Medicare-Medicaid) es un plan médico que tiene contrato con Medicare y con Medi-Cal para dar beneficios de ambos programas a los miembros.
- La cobertura bajo el Plan de Cal MediConnect de SCFHP califica como cobertura de salud llamada cobertura mínima esencial (minimum essential coverage, MEC). Cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS) en www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) ofrece este Plan de Cal MediConnect. Cuando este Aviso anual de cambios utilice “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa SCFHP. Cuando se refiere a “el plan” o “nuestro plan,” significa el Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

B3. Cosas importantes que debe hacer:

- **Verifique si existe algún cambio en nuestros beneficios y costos que pueda afectarlo.**
 - ¿Existe algún cambio que afecte a los servicios que usa?
 - Es importante que revise los cambios en los beneficios y los costos para asegurarse de que funcionarán para usted el próximo año.



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

- Lea en la sección D, en la página 10, la información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- **Verifique si existe algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos de venta con receta que pueda afectarlo.**
 - ¿Se cubrirán sus medicamentos? ¿Están en un nivel de costo compartido diferente? ¿Puede continuar usando las mismas farmacias?
 - Es importante que revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos funcionará para usted el próximo año.
 - Lea en la sección D, en la página 10, la información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado en comparación con el año anterior.
 - Consulte con su médico si existen alternativas de menor costo disponibles para usted, ya que esto podría generarle ahorros en los costos de bolsillo anuales.
 - Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage, (haga clic en el enlace “dashboards” [paneles] en el centro de la Nota en la parte inferior de la página. Estos paneles destacan cuáles son los fabricantes que han aumentado sus precios y muestran más información del precio de los medicamentos año a año).
 - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán cuánto cambiará el costo de sus medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**
 - ¿Están los médicos, incluyendo los especialistas que visita regularmente, en nuestra red? ¿Qué pasa con su farmacia? ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que usa?
 - Lea en la sección C, en la página 9, la información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos de venta con receta que usa regularmente?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?

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



- **Piense en si está satisfecho con nuestro plan.**

Si decide quedarse con el Plan de Cal MediConnect de SCFHP:

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

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura cubrirá mejor sus necesidades, puede cambiar de plan (consulte la sección F2 para obtener más información). Si se inscribe en un plan nuevo, su nueva cobertura empezará el primer día del siguiente mes. Lea la sección F, en la página 14, para saber más sobre sus opciones.

C. Cambios en los proveedores y farmacias de la red

No hemos hecho ningún cambio en nuestra red de proveedores y farmacias para el próximo año.

Sin embargo, es importante que sepa que también podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 del *Manual del miembro*.



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

D. Cambios en los beneficios para el próximo año

D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos el próximo año. La tabla a continuación describe estos cambios.

	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Acupuntura	Pagaremos hasta 26 consultas por servicios como paciente ambulatorio en un año calendario, o más si son médicamente necesarias. Es posible que se requiera una autorización previa para más de 26 servicios, para mujeres embarazadas o para miembros que viven en un centro de enfermería. Usted paga un copago de \$0.	Pagaremos hasta dos servicios como paciente ambulatorio al mes en un año calendario, o más seguido si son médicamente necesarios. Es posible que se requiera una autorización previa para recibir más de dos servicios al mes, y para mujeres embarazadas o miembros que viven en un centro de enfermería. Usted paga un copago de \$0.
Servicios quiroprácticos	Pagaremos los siguientes servicios: • Ajustes de la columna para corregir la alineación (cuando va acompañado de una subluxación documentada) • Hasta 26 servicios quiroprácticos para pacientes ambulatorios en un año calendario o más si es médicamente necesario. Nota: Se puede requerir autorización previa para más de 26 servicios. Usted paga un copago de \$0.	Pagaremos los servicios que se indican: • Ajustes de la columna para corregir la alineación (cuando va acompañado de una subluxación documentada) • Hasta dos servicios con un quiropráctico como paciente ambulatorio al mes en un año calendario, o más si son médicamente necesarios. Nota: Es posible que se requiera una autorización previa para más de dos servicios al mes. Usted paga un copago de \$0.

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



D2. Cambios en la cobertura de medicamentos de venta con receta

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

En nuestro sitio web en www.scfhp.com hay una *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., para obtener información actualizada sobre los medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una *Lista de medicamentos cubiertos*.

La *Lista de medicamentos cubiertos* también se llama la “Lista de medicamentos”.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que pueden aplicar a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos se cubrirán el próximo año y ver si habrá alguna restricción.

Si a usted le afecta un cambio en la cobertura del medicamento, le recomendamos que:

- Trabaje con su médico (u otra persona que receta) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
 - Puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición.
 - Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.
- Trabaje con su médico (u otro profesional que receta) y pídale al plan hacer una excepción para cubrir su medicamento.
 - Usted puede pedir una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta).
 - Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 del *Manual del miembro de 2021* o llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
 - Si necesita ayuda para pedir una excepción, se puede comunicar con Servicio al Cliente o con su Administrador de casos. Consulte el Capítulo 2 y el Capítulo 3 del *Manual del miembro* para obtener más información sobre cómo comunicarse con su administrador de casos.
- Pida al plan que cubra un suministro temporal del medicamento.
 - En algunas situaciones, cubriremos un suministro de **única vez** y temporal del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.



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

- Este suministro temporal será hasta de 31 días. (Para conocer más sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedir uno, consulte el Capítulo 5 del *Manual del miembro*).
- Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se termine. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción para usted y que cubra su medicamento actual.

Si un cambio en la lista de medicamentos cubiertos lo afecta, cubriremos un suministro de única vez y temporal del medicamento. También recibirá una carta por correo donde se le notificará el suministro temporal y se le informará cómo pedir una excepción para seguir disfrutando de la cobertura de medicamentos.

En general, los miembros con excepciones actuales a la lista de medicamentos cubiertos deberán presentar una nueva solicitud de excepción cada año de beneficios. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 del *Manual del miembro*.

Cambios en los costos de los medicamentos de venta con receta

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de venta con receta de la parte D de Medicare según el Plan de Cal MediConnect de SCFHP. Cuánto paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Estas son las dos etapas:

Etapas Etapas de cobertura	Etapas Etapas de cobertura
Etapas de cobertura inicial Durante esta etapa el plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se conoce como el copago. Usted comienza esta etapa cuando surte su primera receta del año.	Etapas de cobertura catastrófica Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2021. Usted comienza esta etapa cuando ha pagado cierta cantidad de costos de bolsillo (OOP).

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus costos de bolsillo totales por medicamentos de venta con receta alcanzan los **\$6,550**. En ese momento comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos a partir de ese momento hasta el final del año. Consulte el Capítulo 6 del *Manual del miembro* para obtener más información sobre cuánto deberá pagar por medicamentos de venta con receta.

D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga parte de los costos de sus medicamentos de venta con receta cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se

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



conoce como el copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el cual esté el medicamento y de dónde lo obtenga. Usted pagará un copago cada vez que surta una receta. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el precio que sea menor.

Trasladamos algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a un nivel de medicamentos más bajo o más alto. Si sus medicamentos cambian de un nivel a otro, esto podría afectar a su copago. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.

La siguiente tabla muestra sus costos por los medicamentos en cada uno de nuestros cuatro niveles de medicamentos. Estas cantidades aplican solo durante el tiempo en el que usted esté en la Etapa de cobertura inicial.

	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Medicamentos en el Nivel 1 (Medicamentos genéricos) El costo del suministro para un mes de un medicamento del Nivel 1 que se surta en una farmacia de la red	Su copago para un suministro de un mes (31 días) es de \$0 por receta.	Su copago para un suministro de un mes (31 días) es de \$0 por receta.
Medicamentos en el Nivel 2 (Medicamentos de marca) El costo del suministro para un mes de un medicamento del Nivel 2 que se surta en una farmacia de la red	Su copago para un suministro de un mes (31 días) es de \$0 a \$8.95 por receta.	Su copago para un suministro de un mes (31 días) es de \$0 a \$9.20 por receta.
Medicamentos en el Nivel 3 (Medicamentos de venta con receta que no son de Medicare) El costo del suministro para un mes de un medicamento del Nivel 3 que se surta en una farmacia de la red	Su copago para un suministro de un mes (31 días) es de \$0 por receta.	Su copago para un suministro de un mes (31 días) es de \$0 por receta.
Medicamentos en el Nivel 4 (Medicamentos de venta libre (OTC) que no son de Medicare) El costo del suministro para un mes de un medicamento del Nivel 4 que se surta en una farmacia de la red	Su copago para un suministro de un mes (31 días) es de \$0 por receta.	Su copago para un suministro de un mes (31 días) es de \$0 por receta.



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

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus costos de bolsillo totales alcanzan los **\$6,550**. En ese momento comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos a partir de ese momento hasta el final del año. Consulte el Capítulo 6 del *Manual del miembro* para obtener más información sobre cuánto deberá pagar por medicamentos de venta con receta.

D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”

Cuando alcanza el límite de costos de bolsillo de **\$6,550** por los medicamentos de venta con receta, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted continuará en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario.

E. Cambios administrativos

La siguiente tabla muestra los cambios en los beneficios para el próximo año. Para obtener una lista completa de los beneficios cubiertos, consulte el Capítulo 4 del *Manual del miembro* del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Programa de servicios multifuncionales para personas de la tercera edad (MSSP)	Este beneficio está cubierto hasta \$4,285 al año.	Este beneficio está cubierto hasta \$5,356.25 al año.

F. Cómo elegir un plan

F1. Cómo continuar en nuestro plan

Esperamos tenerlo como miembro el próximo año.

Usted no tiene que hacer nada para continuar en nuestro plan médico. Si no se inscribe en un plan de Cal MediConnect diferente, se cambia a un plan Medicare Advantage o se cambia a Medicare Original, permanecerá automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para 2021.

F2. Cómo cambiar de plan

Puede cancelar su membresía en cualquier momento durante el año si se inscribe en otro plan Medicare Advantage o en otro plan de Cal MediConnect, o si decide cambiarse a Medicare Original.

Cómo obtendrá los servicios de Medicare

Tendrá tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, cancelará automáticamente su membresía en nuestro Plan de Cal MediConnect:

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



1. Puede cambiar a: Un plan de salud de Medicare como el plan Medicare Advantage o, si cumple con los requisitos necesarios de elegibilidad y vive dentro del área de servicio, un Programa de Atención con Todo Incluido para el Adulto Mayor (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)	Esto es lo que tiene que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene consultas sobre PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. Su inscripción en Plan de Cal MediConnect de SCFHP se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
2. Puede cambiar a: Medicare Original con un plan de medicamentos de venta con receta médica separado de Medicare	Esto es lo que tiene que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame a HICAP de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. Se cancelará su inscripción del Plan de Cal MediConnect de SCFHP automáticamente cuando empiece su cobertura de Medicare Original.



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

3. Puede cambiar a: Medicare Original sin un plan de medicamentos de venta con receta separado de Medicare NOTA: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de venta con receta separado de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le indique a Medicare que no desea inscribirse. Usted solo debe cancelar la cobertura de medicamentos de venta con receta si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a HICAP de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.	Esto es lo que tiene que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame a HICAP de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. Se cancelará su inscripción del Plan de Cal MediConnect de SCFHP automáticamente cuando empiece su cobertura de Medicare Original.
--	--

Cómo obtendrá los servicios de Medi-Cal

Si usted deja nuestro Plan de Cal MediConnect, continuará recibiendo sus servicios de Medi-Cal a través de SCFHP a menos que seleccione otro plan para sus servicios de Medi-Cal. Sus servicios de Medi-Cal incluyen la mayoría de servicios y apoyo a largo plazo y cuidado para los trastornos de salud conductual.

Cuando pida que cancelemos su membresía en nuestro plan Cal MediConnect, debe informar a Health Care Options del plan de atención médica administrado de Medi-Cal en el que quiere inscribirse. Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

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



G. Cómo obtener ayuda

G1. Obtener ayuda del Plan de Cal MediConnect de SCFHP

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Pacífico. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Manual del miembro de 2021*

El *Manual del miembro de 2021* es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Tiene información sobre los beneficios y los costos del próximo año. Esto explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos de venta con receta.

Se podrá acceder al *Manual del miembro de 2021* a partir del 15 de octubre. Siempre habrá una copia actualizada del *Manual del miembro de 2021* en nuestro sitio web, en www.scfhp.com. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) para pedirnos que le enviemos por correo un *Manual del miembro de 2021*.

Nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.scfhp.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra Lista de medicamentos (*Lista de medicamentos cubiertos*).

G2. Obtener ayuda del agente de inscripción estatal

Health Care Options de Medi-Cal podrá ayudarle si usted tiene preguntas sobre cómo elegir un plan de Cal MediConnect o si tiene otras preguntas sobre la inscripción. Puede llamar a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

G3. Obtener ayuda del Programa Ombuds del Plan de Cal MediConnect

El Programa Ombuds del Plan de Cal MediConnect puede ayudarle si tiene problemas con el Plan de Cal MediConnect de SCFHP. Los servicios de Ombudsman son gratuitos. El Programa Ombuds de Cal MediConnect:

- Funciona como un defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja, y puede ayudarlo a entender qué hacer.
- Se asegura de que usted tenga información relacionada con sus derechos y protecciones, y con la resolución de sus preocupaciones.



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

- El programa HICAP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. El teléfono del Programa Ombuds del Plan de Cal MediConnect es 1-855-501-3077.

G4. Obtener ayuda de Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). En California, este programa se llama Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Los asesores de HICAP pueden ayudarlo a entender sus opciones del Plan de Cal MediConnect y responder las preguntas sobre cambiar planes. El programa HICAP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. HICAP tiene consejeros capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El teléfono de HICAP es 1-800-434-0222. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.

G5. Obtener ayuda de Medicare

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

Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Si elige cancelar la inscripción en su Plan de Cal MediConnect e inscribirse en un plan Medicare Advantage, el sitio web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura e índices de calidad para ayudarlo a comparar los planes Medicare Advantage.

Puede encontrar información sobre los planes Medicare Advantage disponibles en su área al usar el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov y haga clic en “Find plans” [Buscar planes]).

Medicare y usted 2021

Puede leer la guía *Medicare y usted 2021*. Cada año en el otoño, este folleto se envía por correo a personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios de Medicare, derechos y protecciones y respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare.

Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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



G6. Obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California es el responsable de regular los planes de servicios de cuidado de la salud. Si usted tiene una queja contra su plan médico, primero debe llamar al **1-877-723-4795** y usar el proceso de quejas de su plan médico antes de comunicarse con el Departamento. **El uso de este procedimiento de queja no anula ningún posible derecho o recurso legal que pudiera estar disponible para usted.**

Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no haya resuelto de manera satisfactoria o una queja que aún no haya sido resuelta después de transcurridos 30 días, puede ponerse en contacto con el Departamento para pedir ayuda.

También es posible que usted cumpla con los requisitos para una Revisión médica independiente (IMR). Si usted es elegible para obtener una IMR, el proceso de IMR le dará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud sobre la necesidad médica de recibir un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones sobre cobertura de tratamientos experimentales o de investigación, y las disputas de pagos de servicios médicos de emergencia o de urgencia.

El Departamento también tiene un número de teléfono sin cargo (**1-888-466-2219**) y una línea TTY (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidad auditiva y del habla. El sitio web del Departamento (www.dmhca.gov) tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.



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

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO DE FORMA INTENCIONAL

