



Santa Clara Family
Health Plan™

CAL MEDICCONNECT PLAN

(Plan de Medicare-Medicaid)

Aviso anual de cambios 2020

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

TTY: **1-800-735-2929** o **711**

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

www.scfhp.com

H7890_15000S 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 2020

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. Revise su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año.....	3
B1. Recursos adicionales	3
B2. Información sobre el Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan.....	6
B3. Cosas importantes que debe hacer:	6
C. Cambios en los proveedores y farmacias de la red	8
D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	8
D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos	8
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos de venta con receta.....	10
D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”	12
D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”	13
E. Cambios administrativos.....	14
F. Cómo elegir un plan.....	14
F1. Cómo continuar en nuestro plan	14
F2. Cómo cambiar de plan	14



Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.

G. Cómo obtener ayuda	18
G1. Obtener ayuda del Plan de Cal MediConnect de SCFHP	18
G2. Obtener ayuda del agente de inscripción estatal	18
G3. Obtener ayuda del Programa Ombuds del Plan de Cal MediConnect	18
G4. Obtener ayuda del Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP).....	19
G5. Obtener ayuda de Medicare.....	19
G6. Obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California	20
H. Aviso de no discriminación	21

Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.



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 contrato con Medicare y con Medi-Cal para dar beneficios de ambos programas a los miembros.

B. Revise 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 G2 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.

- Tendrá una opción sobre cómo obtener sus beneficios de Medicare (vaya a la página 14 para ver sus opciones).
- Continuará inscrito en SCFHP para sus beneficios de Medi-Cal, a menos que elija un plan diferente solo de Medi-Cal (vaya a la página 17 para obtener más información).

B1. Recursos adicionales

- **ATTENTION:** If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-877-723-4795, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. TTY users should call 1-800-735-2929 or 711. The call is free.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita.

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795, từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Những người sử dụng TTY gọi đến số 1-800-735-2929 hoặc 711. Cuộc gọi được miễn phí.

注意: 如果您说中文, 将为您提供免费的语言服务。请致电 1-877-723-4795 联系客户服务部, 工作时间是周一至周五早上 8:00 至晚上 8:00。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。这是免费电话。



Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.scfhp.com.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Serbisyo para sa Customer sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Dapat tumawag ang mga TTY user sa 1-800-735-2929 o 711. Libre ang tawag.

주의:한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시 사이에 1-877-723-4795 번으로 고객 서비스 부서에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-735-2929 번 또는 711 번으로 전화해 주시면 됩니다.통화료는 무료입니다.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ` Եթե խոսում եք հայերեն, ապա լեզվական օգնության ծառայությունները Ձեզ կտրամադրվեն անվճար: Ձանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն 1-877-723-4795 հեռախոսահամարով` երկուշաբթիից ուրբաթ` 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-735-2929 կամ 711: Ձանգն անվճար է:

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Звоните в службу поддержки клиентов по номеру 1-877-723-4795 с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Лица, пользующиеся телетайпом / телекоммуникационными устройствами для глухих (TTY), могут связаться по номерам 1-800-735-2929 или 711. Звонки бесплатные.

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، سرویس های دستیار زبان به صورت رایگان در دسترس هستند. از طریق شماره 1-877-723-4795 روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 عصر با می توانید از طریق شماره 1-800-735-2929 یا 711 TTY سرویس مشتری تماس بگیرید. کاربران تماس بگیرند. این تماس رایگان است

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語サービスをご利用いただけます。月曜日から金曜日、午前8時～午後8時に対応のカスタマーサービス（1-877-723-4795）までご連絡ください。TTYご利用の方は、1-800-735-2929 または 711 に電話してください。通話料金は無料です。

LUS CEEV:Yog koj hais lus Hmoob, peb muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu Rau Lub Chaw Pab Cuam Neeg Qhua rau ntawm 1-877-723-4795, hnuv Monday txog Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Tus xov tooj rau cov neeg TTY hu rau 1-800-735-2929 lossis 711. Yog tus xov tooj hu dawb.

Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.



ਪਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਤੋਂ ਰਾਤ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਤੇ, 1-877-723-4795 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਵਰਤਣ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ 1-800-735-2929 ਜਾਂ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. اتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-877-723-4795، من الإثنين إلى الجمعة، 8 ص إلى 8 م. مستخدمى الهاتف النصي/جهاز الاتصال لضعاف السمع يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-735-2929 أو 711. اتصل مجاناً.

ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ निःशुल्क उपलब्ध हैं। आप सोमवार से शक्रवार, सुबह 8 बजे से रात के 8 बजे तक ग्राहक सेवा को 1-877-723-4795 पर कॉल कर सकते हैं। TTY उपयोगकर्ताओं को 1-800-735-2929 या 711 पर कॉल करना चाहिए। कॉल निःशुल्क है।

เรียน: หากท่านพูดภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทรติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าที่ 1-877-723-4795 ได้ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 น. ถึง 20.00 น. ผู้ใช้ TTY สามารถโทรติดต่อได้ที่ 1-800-735-2929 หรือ 711 โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

ប្រមូលកិច្ចសន្យាដាក់: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សេវាផ្នែកទំនាក់ទំនងអតិថិជនតាមលេខ 1 877 723 4795 អាចរកបាន ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរស័ព្ទមកលេខ 1 800 735 2929 ឬ 711 ។ ការហៅទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ។

ເຊີນລາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ເບີ 1-877-723-4795, ເຊິ່ງເປີດໃຫ້ບໍລິການ 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ຕັ້ງແຕ່ 8 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ. ຜູ້ທີ່ໃຊ້ TTY ແມ່ນໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-735-2929 ຫຼື 711. ການໂທແມ່ນໂທຟຣີ.

- Puede obtener este Aviso anual de cambios gratis en otros formatos, como letra grande, braille o en audio. Llame al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita.
- 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



Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.

B2. Información sobre el 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 de salud 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). Satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS), en <https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families>, para obtener más información sobre el requisito de la 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 afectarle.**
 - ¿Existe algún cambio que afecte 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.
 - Busque en la Sección D en la página 8 para conocer la información sobre los cambios en los beneficios y los costos en nuestro plan.
- **Verifique si existe algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos de venta con receta que pueda afectarle.**
 - ¿Estarán cubiertos 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.
 - Busque en la Sección D en la página 8 para conocer la información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.



- 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 <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos paneles ponen en evidencia cuáles son los fabricantes que han aumentado sus precios y muestran más información sobre el 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 sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente, en nuestra red? ¿Qué pasa con su farmacia? ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que usa?
 - Busque en la Sección C en la página 8 para conocer 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?
- **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 G2 para obtener más información). Si se inscribe en un plan nuevo, su nueva cobertura empezará el primer día del siguiente mes. Busque en la Sección F en la página 14 para conocer más sobre sus opciones.



Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.

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*.

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

D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos

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

	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Acupuntura	<p>Pagaremos hasta dos servicios de acupuntura como paciente ambulatorio en cualquier mes calendario.</p> <p>Es posible que se requiera una autorización previa.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Pagaremos hasta 26 visitas en un año calendario.</p> <p>Es posible que se requiera una autorización previa.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.



	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios quiroprácticos	<p>Cubriremos servicios para ajustes de la columna para corregir la alineación (cuando va acompañado de una subluxación documentada).</p> <p>Es posible que se requiera una autorización previa.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Pagaremos los servicios que se indican:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 con mayor frecuencia si es médicamente necesario. Nota: Se puede requerir autorización previa para más de 26 servicios. <p>Usted paga un copago de \$0.</p>
Servicios de tratamiento con opioides	<p>Los servicios de tratamiento con opioides no son un beneficio cubierto.</p>	<p>Los servicios de tratamiento con opioides son un beneficio cubierto.</p> <p>Es posible que se requiera una autorización previa.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p>
Cuidado de la vista	<p>Pagaremos los servicios que se indican:</p> <p>Hasta \$100 para anteojos (armazones y lentes) o hasta \$100 para lentes de contacto cada dos años.</p>	<p>Pagaremos los servicios que se indican:</p> <p>Hasta \$200 para anteojos (armazones y lentes) o hasta \$200 para lentes de contacto cada dos años.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **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, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo una *Lista de medicamentos cubiertos*. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711.

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 estarán cubiertos 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 cubrimos.
 - Puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Pacífico, para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711.
 - 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 que planee 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 conocer lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 del *Manual del miembro de 2020* o llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711.
 - 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.



- 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.
 - 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 le afecta, cubriremos un suministro de única vez y temporal del medicamento. También recibirá una carta en el correo donde se le notificará el suministro temporal y se le informará cómo pedir una excepción con el fin de 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 bajo el Plan de Cal MediConnect de SCFHP. Cuánto paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1 Etapa de cobertura inicial	Etapa 2 Etapa de cobertura catastrófica
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.	Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2020. 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 el monto de **\$6,350**. 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



Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.

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 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 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. Estos montos aplican **solo** durante el tiempo en el que usted esté en la Etapa de cobertura inicial.

	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>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</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (31 días) es \$0, \$1.25 o \$3.40 por receta.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (31 días) es \$0 por receta.</p>
<p>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</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (31 días) es \$0, \$3.80 o \$8.50 por receta.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (31 días) es de \$0 a \$8.95 por receta.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.



	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>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</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (31 días) es \$0 por receta.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (31 días) es \$0 por receta.</p>
<p>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</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (31 días) es \$0 por receta.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (31 días) es \$0 por receta.</p>

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus costos de bolsillo (out of pocket, OOP) totales alcanzan **\$6,350**. 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 **\$6,350** por sus 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.

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.

	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Etapa de cobertura inicial	La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus costos de desembolso directo totales alcanzan \$5,100.	La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus costos de desembolso directo totales alcanzan \$6,350.

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 de salud. Si no se inscribe en un plan de Cal MediConnect diferente, se cambia a un plan Medicare Advantage ni a Original Medicare, permanecerá automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para el 2020.

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 Original Medicare.

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, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.



<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>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)</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si tiene consultas sobre PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud (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 del HICAP en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Su inscripción en Plan de Cal MediConnect de SCFHP se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</p>
--	--



Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.

<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare con un plan de medicamentos de venta con receta médica separado de Medicare</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud (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 del HICAP en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Se cancelará su inscripción del Plan de Cal MediConnect de SCFHP automáticamente cuando empiece su cobertura de Original Medicare.</p>
---	--

Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.



<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare sin un plan de medicamentos de venta con receta separado de Medicare</p> <p>NOTA: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de venta con receta separado de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le indique a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Usted solo debe cancelar la cobertura de medicamentos de venta con receta si tiene cobertura de medicamentos de otras fuentes, como de un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud (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 del HICAP en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud (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 del HICAP en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Se cancelará su inscripción del Plan de Cal MediConnect de SCFHP automáticamente cuando empiece su cobertura de Original Medicare.</p>
--	--

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 los servicios y apoyo a largo plazo y cuidado para los trastornos de salud conductual.

Si desea elegir un plan diferente para sus servicios de Medi-Cal, debe informarlo a Health Care Options. Usted puede llamar a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 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, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **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 1-800-735-2929 o 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Su *Manual del miembro del 2020*

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

El *Manual del miembro del 2020* estará disponible el 15 de octubre. Una copia actualizada del *Manual del miembro del 2020* siempre está disponible en nuestro sitio web, en www.scfhp.com. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 para solicitarnos que le enviemos por correo un *Manual del miembro del 2020*. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711.

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 del defensor de los derechos del paciente 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 ayudarle 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, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.



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

G4. Obtener ayuda del Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud (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 Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Los asesores del HICAP pueden ayudarle 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 de salud. El HICAP tiene consejeros capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El teléfono del HICAP es 1-800-434-0222. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite <http://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 siete 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 (<http://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 ayudarle 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 encontrar la información sobre los planes, vaya a <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [“Buscar planes de salud y medicamentos”]).

Medicare y usted 2020

Puede leer la guía *Medicare y usted 2020*. 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 más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **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 (Department of Managed Health Care, DMHC) de California es el responsable de regular los planes de servicios de cuidado de la salud. Si usted tiene una queja en contra de su plan de salud, primero debe llamar al **1-877-723-4795** y usar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar este procedimiento de quejas no anula ningún posible derecho ni recurso legal que pudiera estar disponible para usted.

Si necesita ayuda con una queja relacionada con un asunto urgente, con una queja que su plan de salud no haya resuelto de manera satisfactoria o con una queja que aún no se haya resuelto después de transcurrido un plazo de 30 días, puede llamar al Departamento para pedir asistencia. Para asuntos urgentes, puede llamar primero al Departamento sin presentar una queja ante su plan de salud.

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

El Departamento también cuenta con un teléfono de llamadas sin costo (**1-888-HMO-2219**) y una línea TTY (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades auditivas y del habla. El sitio web del departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, cuenta con formularios de queja, 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, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.



H. Aviso de no discriminación

La discriminación está prohibida por ley

Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) cumple con las leyes federales aplicables en materia de derechos civiles 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 forma distinta debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

SCFHP:

- Da asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
 - intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Da servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - intérpretes calificados
 - información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711.



Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.

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

Attn: Grievance and Appeals Department
Santa Clara Family Health Plan
6201 San Ignacio Ave
San Jose, CA 95119
Teléfono: 1-877-723-4795
TTY: 1-800-735-2929 o 711
Fax: 1-408-874-1962
Correo electrónico: CalMediConnectGrievances@scfhp.com

Usted puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, un representante de Servicio al Cliente está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos 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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scfhp.com.



ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO DE FORMA INTENCIONAL



SH9201A

H7890_15000S Accepted

© 2020, Santa Clara Family Health Plan. All rights reserved.