Santa Clara Family Health Plan™

DUALCONNECT

(HMO D-SNP) Un plan de Medicare Medi-Cal

Aviso anual de cambios 2023

Servicio al Cliente: **1-877-723-4795** TTY: **711**
Los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. www.scfhp.com/dualconnect

H4045_23000S_C Accepted

ACCREDITED NCQA HEALTH PLAN ACCREDITED

ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO DE FORMA INTENCIONAL

DualConnect (HMO D-SNP) ofrecido por Santa Clara Family Health Plan

Aviso anual de cambios para 2023

Introducción

Actualmente está inscrito como miembro de nuestro plan. El próximo año habrá algunos cambios en los beneficios, la cobertura, las reglas y los costos. Este *Aviso anual de cambios* le indica los cambios y cómo encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise el *Manual del miembro*, que está en nuestro sitio web en www.scfhp.com/dualconnect. Las palabras clave y sus definiciones están en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del miembro.*

Contenido

A. Exención de responsabilidades 3

B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año 5

B1. Recursos adicionales 6

B2. Información sobre nuestro plan 8

B3. Cosas importantes que debe hacer 9

C. Cambios en el nombre de nuestro plan 10

D. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red 10

E. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 11

E1. Cambios en los beneficios para servicios médicos 11

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos de venta con receta 11

F. Cambios administrativos 14

G. Elección de un plan 14

G1. Mantenerse en nuestro plan 14

G2. Cambios de plan 14

H. Cómo obtener ayuda 19

H1. Nuestro plan 19

H2. Programa de consejería y defensoría de seguros (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 19

H3. Programa Ombuds 19

H4. Medicare 20

H5. Departamento de Atención Médica Administrada de California 20

A. Exención de responsabilidades

- DualConnect de Santa Clara Family Health Plan es una HMO D-SNP con un contrato con Medicare y Medi-Cal. La inscripción en DualConnect depende de la renovación del contrato.

- Aviso de no discriminación

  La discriminación es ilegal. DualConnect de SCFHP cumple las leyes federales y estatales de derechos civiles. DualConnect de SCFHP no discrimina ilegalmente, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

  DualConnect de SCFHP da:

  - Ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor, como:
    - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
    - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
  - Servicios de idioma gratis para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:
    - Intérpretes calificados
    - Información por escrito en otros idiomas

  Si necesita estos servicios, comuníquese con DualConnect de SCFHP entre las 8 a.m. y las 8 p.m., los siete días de la semana al 1-877-723-4795. Si tiene problemas de audición o del habla, llame al 711. Cuando se pida, este documento puede estar disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

  Santa Clara Family Health Plan
  PO Box 18880
  San Jose, CA 95158
  1-877-723-4795 (TTY: 711)

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Si cree que DualConnect de SCFHP no prestó estos servicios o discriminó ilegalmente de otra manera por sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de

origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal ante DualConnect de SCFHP. Puede presentar una queja formal por teléfono, por escrito, en persona o de manera electrónica:

- Por teléfono: Comuníquese con DualConnect de SCFHP entre las 8 a.m. y las 8 p.m., los siete días de la semana, llamando al 1-877-723-4795. O, si tiene problemas de audición o del habla, llame al 711.
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

  Attn: Grievance and Appeals Department
  Santa Clara Family Health Plan
  6201 San Ignacio Ave
  San Jose, CA 95119
- En persona: Visite el consultorio de su médico o DualConnect de SCFHP y diga que quiere presentar una queja formal.
- De manera electrónica: Visite el sitio web de DualConnect de SCFHP en www.scfhp.com/dualconnect.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si tiene problemas de audición o del habla, llame al **711 (Telecommunications Relay Service).**
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Los formularios de quejas están en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- Electrónicamente: Envíe un email a CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES: DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE EE. UU.

Si cree que lo discriminaron por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si tiene problemas de audición o del habla, llame al **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  Los formularios de quejas están en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.
- Electrónicamente: Visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

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

Cuando este *Aviso anual de cambios* diga “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere al Plan de Coordinación de Medicare y Medi-Cal.

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que todavía cubre sus necesidades del próximo año. Si no cubre sus necesidades, puede salir del plan. Vea la **Sección E** para obtener más información.

Si elige salirse de su plan, su membresía terminará el último día del mes en el que haya hecho la solicitud. Aún estará en los programas de Medicare y Medi-Cal siempre que sea elegible.

Si se sale de nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección G2**.
- Servicios de Medi-Cal en la **Sección G2**.

B1. Recursos adicionales

- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-723-4795 (TTY: 711), 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.

  Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia con el idioma están disponibles para usted sin cargo. Llame gratis a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p.m.

  Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi đến Phòng Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc 7 ngày mỗi tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí.

  中文 (Chinese)：注意：如果您会说中文，您可以获取免费的语言协助服务。请致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与客户服务处联系，服务时间为一周 7 天从上午 8 点至晚上8点。通话均免费。

  Tagalog (Tagalog): ATENSIYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang mga serbisyo sa tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Serbisyo para sa Mamimili sa 1-877-723-4795 (TTY: 711), 7 araw sa isang lingo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag.

  한국어 (Korean): 알림: 한국어 사용자의 경우 언어 지원 서비스가 무료 제공됩니다. 고객 서비스팀에 1-877-723-4795 (TTY: 711)번으로 전화하십시오. 운영 시간은 연중무휴 오전 8시~오후 8시이며 통화료는 부과되지 않습니다.

  Հայերեն (Armenian).: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, ձեզ հասանելի են անվճար լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ 1-877-723-4795 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, շաբաթը 7 օր, ժամը՝ 8:00-20:00: Զանգն անվճար է:

  Русский (Russian): КОМУ: Если вы говорите на русском, то можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Звоните на номер службы поддержки 1-877-723-4795 (TTY: 711), 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.

  فارسی (Farsi): توجه: اگر به زبان فارسی تسلط دارید، ارائهٔ خدمات تسهیل زبانی به شما، به صورت رایگان، امکان‌پذیر است. با خدمات مشتریان به شمارهٔ 1-877-723-4795 (TTY: 711)، 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 عصر، تماس بگیرید. تماس با این خط رایگان است.

  日本語 (Japanese): 日本語話者の方向けに、無料の言語支援サービスを提供しています。カスタマーサービス (1-877-723-4795 (TTY: 711)) まで、週7日、午前8時～午後8時の間にお電話ください。通話料は無料です。

Ntawv Hmoob (Hmong): NCO NTSOOV: Yog koj hais lus Hmoob, cov kev pab cuam pab txhais lus, tsis suav nqi, muaj pab rau koj. Hu Rau Chaw Pab Cuam Tub Lag Luam tus xov tooj 1-877-723-4795 (TTY: 711), 7 hnub ntawm ib lub lwm tiam, 8 a.m. txog 8 p.m. Hu dawb.

ਪੰਜਾਬੀ) Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ :ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨੂੰ 1-877-723-4795 (TTY: 711) 'ਤੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕਾਲ ਮੁਫ਼ਤ ਹੈ।

العربية :(Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفّرة لك مجانًا. اتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-877-723-4795(TTY: 711) ، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً. المكالمة مجانية.

हिंदी) Hindi): ध्यान दें :यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं निःशुल्क उपलब्ध हैं। ग्राहक सेवा को सप्ताह के 7 दिन, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक 1-877-723-4795 (TTY: 711) पर कॉल करें। कॉल मुफ्त है।

ภาษาไทย (Thai): หมายเหตุ: หากคุณพูดภาษาไทย
คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือด้านภาษาได้ฟรี โทรติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าที่
1-877-723-4795 (TTY: 711) ได้ 7 วันต่อสัปดาห์ตั้งแต่ 8.00 น. ถึง 20.00 น. โทรได้ฟรี

ខ្មែរ (Khmer): សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាភាសាខ្មែរ
នោះមានការផ្តល់សេវាបកប្រែជូនដល់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។
ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាអតិថិជនតាមលេខ 1-877-723-4795 (TTY: 711),
7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ម៉ោង 8 a.m. ដល់ 8 p.m។ ការហៅគឺឥតគិតថ្លៃទេ។

ພາສາລາວ (Lao): ໃສ່ໃຈ: ຖ້າທ່ານເວົ້າເປັນພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາ, ບໍ່ມີຄ່າ, ມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາບໍລິການລູກຄ້າ ທີ່ເບີໂທ 1-877-723-4795 (TTY: 711),
7 ອັນພາຍໃນອາທິດ, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ໂທຟຣີ.

Mien (Mien): COR FIM JANGX LONGX OC: Beiv taux meih gorngv mienh waac nor, qiemx zuqc longc mienh tengx nzie faan waac bun muangx, ninh mbuo se mbenc duqv maaih tengx nzie faan waac jauv-louc bun meih maiv zuqc cuotv nyaanh oc. Korh waac lorx taux goux nzie zuangx mienh nyei domh ze'weic gorn yiem njiec naaiv 1-877-723-4795 (TTY: 711) yietc norm leix baaiz longc duqv benx siec hnoi yietc hnoi bouc dauh longc duqv yiem 8 diemv lungh ndorm mingh taux 8 diemv lungh hmuangz. Naaiv norm douc waac gorn se benx wang-henh longc oc.

Українська (Ukrainian): КОМУ: Якщо ви розмовляєте українською, то можете безкоштовно скористатися послугами перекладача. Телефонуйте на номер служби підтримки: 1-877-723-4795 (TTY: 711), 7 днів на тиждень, із 8:00 до 20:00. Дзвінок безкоштовний.

- Puede obtener este *Aviso anual de cambios* gratis en otros formatos, como letra grande, braille o en audio. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p. m. Su 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 solicitarlo 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. Información sobre nuestro plan

- DualConnect (HMO D-SNP) de Santa Clara Family Health Plan (DualConnect) es un plan médico que tiene contrato con Medicare y con Medi-Cal para dar los beneficios de ambos programas a los miembros.
- La cobertura según DualConnect califica como cobertura de salud llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información del requisito de responsabilidad compartida individual.

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?
  - Revise los cambios en los beneficios y costos para asegurarse de que serán útiles para usted el próximo año.
  - Vea la **Sección E1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos en nuestro plan.
- **Verifique si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos de venta con receta que pueda afectarlo.**
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Están en un nivel diferente? ¿Puede usar las mismas farmacias?
  - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos será adecuada para usted el próximo año.
  - Vea la **Sección E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**
  - ¿Están sus médicos, incluyendo a sus especialistas, en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que usa?
  - Vea la **Sección D** para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Considere sus costos generales en el plan.**
  - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos de venta con receta que usa habitualmente?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Considere si está satisfecho con nuestro plan.**

Si decide mantenerse con el Plan de Cal MediConnect de SCFHP:	Si decide cambiar de plan:
Si quiere mantenerse con nosotros el próximo año, es fácil: no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, se mantendrá inscrito automáticamente en DualConnect.	Si cree que otra cobertura cubrirá mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (vea la **Sección G2** para obtener más información). Si se inscribe en un plan nuevo o cambia a Medicare Original, su nueva cobertura empezará el primer día del siguiente mes.

C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2023, el nombre de nuestro plan cambiará de Plan de Cal MediConnect de SCFHP (Plan de Medicare-Medicaid) a DualConnect de SCFHP (HMO D-SNP) (DualConnect).

Le estamos enviando una nueva tarjeta de identificación de miembro de DualConnect. Su nueva tarjeta de DualConnect llegará en diciembre de 2022. Lleve esta nueva tarjeta cuando visite al médico o la farmacia.

En diciembre, también podrá acceder a su tarjeta de identificación del miembro mediante el portal del miembro, MySCFHP, en https://member.scfhp.com.

D. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red

Nuestra red de proveedores y farmacias ha cambiado para 2023.

Lo animamos firmemente a que revise nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* actual para ver si sus proveedores o su farmacia están aún en nuestra red. Puede encontrar el *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en www.scfhp.com/dualconnect. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que están en la parte de abajo de la página para obtener información actualizada sobre el proveedor o pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

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

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

E1. Cambios en los beneficios para servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos el próximo año. La tabla de abajo muestra estos cambios.

	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Beneficio de medicamentos de venta libre (OTC)	No está cubierto.	Usted hace un copago de $0. Recibe un beneficio de $135 cada trimestre para gastar en productos de venta libre (OTC) elegibles pedidos por correo. Este beneficio no se traspasa al siguiente trimestre.
Community Supports	Community Supports no está cubierto.	Community Supports pueden estar disponibles según su Plan de atención individualizado. Los Community Supports son servicios o entornos alternativos médicamente adecuados y rentables. Estos servicios no son un beneficio y son opcionales para los miembros. Si usted califica, estos servicios pueden ayudarlo a vivir con más independencia. No reemplazan los beneficios que ya recibe con Medi-Cal. Vea el Capítulo 4 del Manual del miembro para obtener una lista de los Community Supports disponibles.

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos de venta con receta

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Encontrará una Lista de medicamentos cubiertos actualizada en nuestro sitio web www.scfhp.com/dualconnect. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que están en la parte de abajo de la página para obtener información actualizada sobre el medicamento o pedirnos que le enviemos por correo una *Lista de medicamentos cubiertos*.

Hicimos cambios en nuestra lista de medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

Revise la Lista de medicamentos para **asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año** y para saber si hay alguna restricción.

Si a usted lo afecta un cambio en la cobertura del medicamento, lo animamos a que:

- Colabore con su médico (u otro profesional que receta) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
    - Puede llamar a Servicio al Cliente a los números que están en la parte de abajo de la página o comunicarse con su coordinador de atención para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.
    - Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría ser adecuado para usted.
- Nos pida que cubramos un suministro temporal del medicamento.
    - En algunas situaciones, cubriremos un suministro **temporal** del medicamento en los primeros 90 días del año calendario.
    - Este suministro temporal es hasta de *31* días. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedir uno, vea el **Capítulo 5** de su *Manual del miembro*).
    - Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando su suministro temporal se termine. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedirnos que hagamos una excepción para usted y que cubramos su medicamento actual.

Si un cambio en la lista de medicamentos cubiertos lo afecta, cubriremos por única vez un suministro temporal del medicamento. También recibirá una carta por correo donde lo informarán del suministro temporal y de 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 un nuevo pedido de excepción cada año de beneficios. Para obtener más información, vea el Capítulo 5 del *Manual del miembro*.

Cambios en los costos de los medicamentos de venta con receta

Trasladamos algunos de los medicamentos de la lista de medicamentos a un nivel de medicamentos más bajo. Si sus medicamentos cambian de un nivel a otro, esto podría afectar a su copago. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la lista de medicamentos.

La siguiente tabla muestra sus costos de medicamentos en el nivel de medicamentos 1.

	2022 (este año)	**2023 (próximo año)**
Medicamentos en el nivel 1 Medicamentos genéricos y medicamentos de marca) 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 el suministro de un mes de 31 días es de **$0-$9.85 por receta**.	Su copago para el suministro de un mes de 31 días es **$0 por receta**.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas – Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

F. 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* de DualConnect de SCFHP.

	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Medicamentos de venta libre y con receta que no son de la Parte D de Medicare (Medi-Cal)	Cubierto por el Plan de Cal MediConnect de SCFHP basándose en nuestra Lista de medicamentos cubiertos para el nivel 3 y nivel 4.	Cubierto por Medi-Cal Rx. Vea la Lista de medicamentos contratados por Medi-Cal Rx del Departamento de Servicios de Atención Médica en https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/cdl/.
Beneficio de forma física	El beneficio de forma física está cubierto por Silver&Fit.	El beneficio de forma física está cubierto por YMCA de Silicon Valley.

G. Elección de un plan

G1. Mantenerse en nuestro plan

Esperamos tenerlo como miembro del plan. Usted no tiene que hacer nada para mantenerse en nuestro plan. Si **no** se cambia a otro plan de Medicare o cambia a Medicare Original, se mantendrá automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para 2023.

G2. Cambios de plan

La mayoría de la gente inscrita en Medicare puede terminar su membresía durante ciertas épocas del año. Como tiene Medi-Cal, puede terminar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los **Períodos de Inscripción Especial**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Además de estos tres períodos de Inscripción Especial, puede terminar su membresía en nuestro plan durante estos períodos:

- El **Período de Inscripción Anual,** que ocurre todos los años del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- Durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, que es del 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo:

- Se mudó fuera de nuestra área de servicio.
- Cambió su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda adicional. Si se mudó recientemente, actualmente recibe atención o acaba de salir de un centro de atención residencial o un hospital de atención médica a largo plazo.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener su servicios de Medicare. Cuando elige una de estas opciones, termina automáticamente su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiar a:	Esto es lo que tiene que hacer:
Otro plan médico de Medicare	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 a Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) de California al 1-800-434-0222 (TTY: 711) 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/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **O** Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Su inscripción en el plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal puede cambiar.

2. Puede cambiar a: **Medicare Original con un plan de medicamentos de venta con receta 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 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) de California al 1-800-434-0222 (TTY: 711) 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/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **O** Inscríbase en un nuevo plan de medicamento de venta con receta de Medicare. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original. Su plan Medi-Cal no cambiará.

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 diga a Medicare que no quiere inscribirse. Usted solo debe cancelar la cobertura de medicamentos de venta con receta si tiene cobertura de medicamentos de otras fuentes, como de un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) de California al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.	**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 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) de California al 1-800-434-0222 (TTY: 711) 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/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original. Su plan Medi-Cal no cambiará.

Sus servicios de Medi-Cal

Para hacer preguntas sobre cómo obtener los servicios de Medi-Cal después de dejar nuestro plan, comuníquese con Health Care Options llamando 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. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta cómo obtiene la cobertura de Medi-Cal.

H. Cómo obtener ayuda

H1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarlo en caso de tener alguna pregunta. Llame a Servicio al Cliente a los números que están en la parte de abajo de la página durante los días y horarios de atención mencionados. Estas llamadas son sin costo.

Lea su Manual del miembro

El *Manual del miembro* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Tiene información sobre los beneficios y costos de 2023. Esto explica sus derechos y las reglas a seguir para obtener servicios y medicamentos de venta con receta que cubrimos.

El *Manual del miembro* para 2023 estará disponible antes del 15 de octubre. Habrá una copia actualizada del *Manual del miembro* disponible en nuestro sitio web en www.scfhp.com/dualconnect. También puede llamar a Servicios al Miembro a los números que están en la parte de abajo de la página para pedirnos que le enviemos por correo un *Manual del miembro* para 2023.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en www.scfhp.com/dualconnect. 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*).

H2. Programa de consejería y defensoría de seguros (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP). En California, este programa se llama Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP). Los consejeros de HICAP pueden ayudarlo a entender sus opciones del plan 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 (TTY: 711). Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

H3. Programa Ombuds

El Programa Ombuds de Health Consumer Alliance puede ayudarlo si tiene problemas con nuestro plan. Los servicios del Ombudsman son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El programa de Ombuds de Health Consumer Alliance:

- Funciona como un defensor en su nombre. Pueden 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 cómo puede resolver sus preocupaciones.
- No está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. El teléfono del Programa Ombuds de Health Consumer Alliance es 1-888-804-3536.

H4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, llame 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 (www.medicare.gov). Si elige cancelar la inscripción en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes.

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

Medicare y usted 2023

Puede leer el manual *Medicare y usted 2023.* 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. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o 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.

H5. Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. El Centro de Asistencia de DMHC lo puede ayudar con las apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Si tiene una queja contra su plan médico, primero debe llamar a su plan médico 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 quejas no anula ningún posible derecho o recurso legal que pudiera estar disponible para usted.**

Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, con una queja que su plan médico no haya resuelto de manera satisfactoria o con una queja que aún no se haya resuelto después de un plazo de 30 días, puede llamar al departamento para pedir ayuda.

También puede ser elegible para una Revisión médica independiente (IMR). Si cumple los requisitos para obtener una IMR, el proceso de IMR le dará una revisión imparcial de las decisiones médicas que el plan médico tomó sobre la necesidad médica de 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 teléfono para llamadas sin costo **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con discapacidad auditiva y del habla. El sitio web de Internet del departamento **www.dmhc.ca.gov** tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Notas

Notas

Notas

ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO DE FORMA INTENCIONAL

Santa Clara Family Health Plan™

H4045_23000C Accepted

© 2022, Santa Clara Family Health Plan. All rights reserved.