Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP)

GOLD COAST HEALTH PLAN
TOTAL Care ADVANTAGE℠

Manual para Miembros

1 de enero – 31 de diciembre

2026

H9623_EOC2026_M_01

GOLD COAST HEALTH PLAN TOTAL Care ADVANTAGE℠

1 de enero – 31 de diciembre de 2026

Su Cobertura de Salud y Medicamentos en Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP)

Introducción al Manual para Miembros

Este Manual para Miembros, también conocido como Evidencia de Cobertura, le informa sobre su cobertura conforme a nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2026. Explica servicios de salud, servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias), cobertura de medicamentos y apoyos y servicios a largo plazo. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el **Capítulo 12** de este Manual para Miembros.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un sitio seguro.

Cuando este Manual para Miembros habla de "nosotros", "nos", "nuestro" o "nuestro plan", se refiere a Total Care Advantage, el nombre abreviado de Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP, por sus siglas en inglés).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como tipo de letra grande, Braille y/o audio llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.

Total Care Advantage ofrece los siguientes formatos alternativos y servicios de forma gratuita:

- intérprete de lenguaje de signos
- intérprete en persona
- intérprete por teléfono
- traducciones escritas
- formatos alternativos como Braille, CD de audio, CD de datos, letra grande (tipo de letra Arial de 20 puntos) y formatos electrónicos accesibles, ayudas auxiliares y servicios bajo petición.

Si desea pedir que en el futuro las comunicaciones sean en un formato alternativo, puede hacer una "petición permanente". De ese modo usted recibirá nuestras comunicaciones en el formato alternativo sin tener que hacer una solicitud cada vez.

Para hacer una petición permanente, o para hacer cambios en una petición permanente, llame al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana del 1 de octubre de 31 de marzo y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

English

ATTENTION: If you need help in your language call **1-888-301-1228** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-888-301-1228** (TTY: **711**). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-888-301-1228** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ**1-888-301-1228** (TTY: **711**). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-888-301-1228** (TTY: **711**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանցհամար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-888-301-1228** (TTY: **711**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-888-301-1228** (TTY: **711**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-888-301-1228** (TTY: **711**) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

繁體中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-888-301-1228** (TTY: **711**)。我们另 外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方便取用。请致电 **1-888-301-1228** (TTY: **711**)。这些服务都是免费的。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-888-301-1228** (TTY: **711**) تماس بگیرید کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-888-301-1228** (TTY: **711**) تماس بگیرید این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-888-301-1228** (TTY: **711**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-888-301-1228** (TTY: **711**) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-888-301-1228** (TTY: **711**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-888-301-1228** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-888-301-1228** (TTY: **711**) へお電話ください。点 字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意していま す。**1-888-301-1228** (TTY: **711**) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供し ています。

한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-888-301-1228** (TTY: **711**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-888-301-1228** (TTY: **711**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບ **1-888-301-1228** (TTY: **711**).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນໃຫຍ່ແລະມີຕົວພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບ **1-888-301-1228** (TTY: **711**).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-888-301-1228** (TTY: **711**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-888-301-1228** (TTY: **711**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-888-301-1228** (TTY: **711**). ਅਪਾਹਜੋਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-888-301-1228** (TTY: **711**). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-888-301-1228** (линия TTY: **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-888-301-1228** (линия TTY: **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-888-301-1228** (TTY: **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-888-301-1228** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-888-301-1228** (TTY: **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-888-301-1228** (TTY: **711**). Libre ang mga serbisyong ito.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-888-301-1228** (TTY: **711**) น อกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สาหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-888-301-1228** (TTY: **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-888-301-1228** (TTY: **711**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-888-301-1228** (TTY: **711**). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-888-301-1228** (TTY: **711**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-888-301-1228** (TTY: **711**). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Otros idiomas

Puede obtener este *Manual para Miembros* y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo para usted. Total Care Advantage ofrece traducciones escritas realizadas por parte de traductores cualificados. Llame al **1-888-301-1228** (TTY: **711**). La llamada es gratuita. Lea este *Manual para Miembros* para saber más sobre servicios de asistencia lingüística para atención de salud, como servicios de intérpretes y traducción.

Otros formatos

Puede obtener esta información, en forma oportuna, en otros formatos, como Braille, tipo de letra grande de 20 puntos, audio y formatos electrónicos accesibles (CD de datos) sin costo para usted. Llame al **1-888-301-1228** (TTY: **711**). La llamada es gratuita.

Servicios de intérpretes

Total Care Advantage proporciona servicios de interpretación oral, incluyendo lenguaje de signos, por parte de un intérprete cualificado, 24 horas al día, sin costo para usted. No es necesario que utilice a un familiar o amigo como intérprete. Desaconsejamos el uso de menores como intérpretes, a menos que se trate de una emergencia. Los servicios de intérpretes, lingüísticos y culturales están disponibles sin costo para usted. Hay disponible ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para ayuda lingüística o para recibir este manual en otro idioma, llame al **1-888-301-1228** (TTY: **711**). La llamada es gratuita.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

GOLD COAST HEALTH PLAN TOTAL Care ADVANTAGE℠

Índice

Página

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 13

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 28

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para su atención de salud y otros servicios cubiertos 50

Capítulo 4. Tabla de beneficios 75

Capítulo 5. Cómo obtener sus medicamentos ambulatorios con receta 147

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de Medicare y Medi-Cal 169

Capítulo 7. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos 184

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 192

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas) 205

Capítulo 10. Fin de su membresía en nuestro plan 247

Capítulo 11. Avisos legales 260

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes 266

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Descargos de responsabilidad

Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medi-Cal de California. La inscripción en Gold Coast Health Plan Total Care Advantage depende de la renovación del contrato.

Total Care Advantage es un Plan de Atención Coordinada. Total Care Advantage está disponible para cualquiera que tenga tanto ayuda de Medi-Cal del estado y Medicare.

Es posible que los beneficios y/o copagos cambien el 1 de enero de 2027.

Nuestros medicamentos cubiertos, red de farmacia y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Introducción

Este Capítulo incluye información sobre Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP), un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y coordina todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal y su membresía en él. También le dice qué esperar y qué otra información recibirá de nosotros. Los términos clave aparecen por orden alfabético, junto con sus definiciones, en el último Capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Bienvenido a nuestro plan 15

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal....16

B1. Medicare....16

B2. Medi-Cal 16

C. Ventajas de nuestro plan 17

D. Área de servicio de nuestro plan....18

E. Qué hace que usted sea elegible para ser miembro del plan....19

F. Qué esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud....20

G. Su equipo de atención y su plan de atención 21

G1. Equipo de atención....21

G2. Plan de atención 21

H. Resumen de costos importantes....22

H1. Prima mensual de Medicare Parte B 22

H2. Cantidad de Pago por Recetas de Medicare 22

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

I. Este *Member Handbook*.....23

J. Otra información importante que usted obtiene de nosotros 24

J1. Su Tarjeta de ID de Miembro 24

J2. *Directorio de Proveedores y Farmacias*.....25

J3. *Lista de Medicamentos Cubiertos*.....26

J4. La Explicación de Beneficios 26

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía.....27

K1. Privacidad de información de salud personal (PHI).....27

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan proporciona servicios de Medicare y Medi-Cal a personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyos y servicios a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También tenemos coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarle a usted a manejar sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.

Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) opera con un contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), así como un Contrato estatal de Agencia de Medicaid (SMAC) aprobado por los CMS aprobado por el Departamento de Servicios de Salud (DHCS), la Agencia de Medicaid de California. Total Care Advantage operará como un plan de Necesidades Duales Especiales (D-SNP) de Inscripción Exclusivamente Alineada (EAE) para servir a miembros del Condado de Ventura.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro para:

- personas de 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa de Medicaid de California. Medi-Cal lo gestiona el estado, y lo paga el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar por Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) y gastos médicos. Cubre medicamentos y servicios adicionales no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

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

Los estados pueden decidir cómo administrar los programas, siempre y cuando sigan las reglas federales.

Medicare y el estado de California han aprobado nuestro plan. Puede obtener servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan siempre y cuando:

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

C. Ventajas de nuestro plan

Usted ahora obtiene todos sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de nuestro plan, incluyendo medicamentos con receta. **Usted no paga extra para unirse a este plan de salud.**

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

- Puede trabajar con nosotros para **la mayoría** de sus necesidades de atención de salud.
- Usted tiene un equipo de atención que usted ayuda a formar. Su equipo de atención puede incluirle a usted mismo, su cuidador, médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Usted tiene acceso a un coordinador de atención, que es una persona que trabaja con usted y con su equipo de atención para ayudar a crear un plan de atención.
- Usted puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y coordinador de atención.
- Su equipo de atención y coordinador de atención trabajan con usted para crear un plan de atención diseñado para cubrir las necesidades de salud **de usted**. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de que:
  - » Sus médicos conocen todas las medicinas que usted toma, y por ello pueden asegurarse de que usted está tomando las medicinas adecuadas y pueden reducir cualquier efecto secundario que usted pueda tener debido a las medicinas.
  - » Los resultados de sus pruebas se comparten con todos sus médicos y demás proveedores, según sea apropiado.

Nuevos miembros de Total Care Advantage: En la mayoría de los casos usted será inscrito en Total Care Advantage para sus beneficios de Medicare el 1º día del mes después que usted solicite ser inscrito en Total Care Advantage. Usted puede seguir recibiendo sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de eso, usted recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Total Care Advantage. No habrá ninguna interrupción de su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al **1-888-301-1228** (TTY: **711**) si tiene algunas preguntas.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

D. Área de servicio de nuestro plan

Total Care Advantage solo está disponible para miembros que califican que viven en el Condado de Ventura, California.

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

E. Qué hace que usted sea elegible para ser miembro del plan

Usted reúne los requisitos para nuestro plan siempre y cuando usted:

- viva en nuestra área de servicio (las personas que están en la cárcel no se considera que vivan en el área de servicio, incluso si están físicamente ubicadas dentro de ella), **y**
- tenga 21 años de edad o más en el momento de la inscripción, **y**
- tenga tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B, **y**
- sea ciudadano de los Estados Unidos o esté presente legalmente en los Estados Unidos, **y**
- sea actualmente elegible para Medi-Cal.

Si usted pierde la elegibilidad para Medi-Cal, pero puede esperarse que la recupere en el plazo de cuatro (4) meses, en ese caso usted sigue siendo elegible para nuestro plan.

Para más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

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

Cuando usted se une por primera vez a nuestro plan, usted recibe una evaluación de riesgos de salud (HRA) dentro de los 90 días antes o después de su fecha de inscripción efectiva.

Debemos realizarle una HRA; es la base para desarrollar su plan de salud. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud del comportamiento y funcionales.

Contactaremos con usted para completar la HRA; podemos completarla mediante una visita en persona, una llamada telefónica o un correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir utilizando los médicos que utiliza ahora durante un cierto tiempo, incluso si no están en nuestra red. A esto le llamamos continuidad de atención. Si no están en nuestra red, puede conservar sus proveedores actuales y autorizaciones de servicios en el momento en que se inscriba, hasta un máximo de 12 meses si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- Usted, su representante o su proveedor nos piden que le permitamos a usted seguir usando su proveedor actual.
- Nosotros comprobamos que usted tenía una relación existente con un proveedor de atención primaria o especializada, con algunas excepciones. Cuando decimos “relación existente”, eso significa que usted vio a un proveedor no perteneciente a la red al menos una vez para una visita no de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.
  - » Determinamos la relación existente revisando su información disponible, o la información que usted nos proporcione.
  - » Tenemos 30 días para responder a su petición. Puede pedirnos que tomemos una decisión más rápida y debemos responder en 15 días. Puede hacer esta petición llamando al **1-888-301-1228** (TTY: **711**). Si usted corre riesgo de sufrir daño, debemos responder en el plazo de 3 días.
  - » Usted o su proveedor deben mostrar documentación de una relación existente y aceptar ciertas condiciones cuando hagan la petición.

Nota: Puede hacer esta petición para proveedores de Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés) durante al menos 90 días hasta que autoricemos un nuevo alquiler de DME y hagamos que un proveedor de la red entregue el equipo alquilado. Aunque usted no puede hacer esta petición para proveedores de transporte y otros proveedores auxiliares, usted puede hacer una petición para servicios de transporte u otros servicios auxiliares no incluidos en nuestro plan.

Después que haya finalizado el periodo de continuidad de atención, usted deberá utilizar médicos y otros proveedores de la red de Total Care Advantage que estén afiliados al grupo médico de su proveedor de atención primaria, a menos que hagamos un acuerdo con su médico no perteneciente a la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Si usted no selecciona un proveedor de atención primaria en el momento de la inscripción, el plan seleccionará uno por usted. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre cómo recibir atención.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

G. Su equipo de atención y su plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a obtener la atención que necesita. El equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención u otro profesional de salud que usted elija.

Un coordinador de atención es una persona que ha sido capacitada para ayudarle a manejar la atención que necesita. Usted obtiene un coordinador de atención cuando usted se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo remite a usted a otros recursos comunitarios que puede que no proporcione nuestro plan, y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Para más información sobre su coordinador de atención y equipo de atención, llámenos a los números que aparecen en la parte inferior de la página.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para crear un plan de atención. El plan de atención le dice a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos, e incluye sus servicios médicos, de salud del comportamiento y LTSS, u otros servicios.

Su plan de atención incluye:

- sus objetivos de atención de salud,
- un calendario para obtener los servicios que usted necesita,
- sus necesidades de salud del comportamiento,
- servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad,
- salud dental,
- necesidades de cuidados paliativos,
- apoyos sociales, **y**
- determinantes sociales de necesidades de salud.

Su equipo de atención se reúne con usted después de su HRA. Le pregunta qué servicios necesita, y también le habla de los servicios que puede que usted considere obtener. Su plan de atención se crea basándose en sus necesidades y objetivos. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos cada año.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

H. Resumen de costos importantes

Nuestro plan no tiene prima.

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima mensual de Medicare Parte B **(Sección H1)**
- Cantidad del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare **(Sección H2)**.

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menos.

H1. Prima mensual de Medicare Parte B

Algunos miembros tienen que pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la **Sección E** anterior, para ser elegible para nuestro plan, usted debe conservar su elegibilidad para Medi-Cal, así como tener tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Total Care Advantage, Medi-Cal paga su prima de Medicare Parte A (si usted no califica automáticamente para ella) y la prima de la Parte B.

Si Medi-Cal no está pagando por usted sus primas de Medicare, usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima por Medicare Parte B. Puede que usted pague una prima por Medicare Parte A si usted no es elegible para Medicare Parte A sin prima. **Además, por favor, contacte al Departamento de Servicios para Miembros o a su coordinador de atención e infórmeles sobre este cambio.**

H2. Cantidad de Pago por Recetas de Medicare

Si usted participa en el Plan de Pago por Recetas de Medicare, usted recibirá una factura de su plan por sus medicamentos (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que usted deba por cualquier receta que obtenga, más el saldo de su mes anterior, dividido por el número de meses que quedan del año.

El **Capítulo 2, Sección L3** le ofrece más información sobre el Plan de Pago por Recetas de Medicare. Si usted no está de acuerdo con la cantidad facturada como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos que se describen en el **Capítulo 9** para presentar una queja o una apelación.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

I. Este Manual para Miembros

Este *Manual para Miembros* es parte de nuestro contrato con usted, lo cual significa que debemos cumplir todas las reglas en este documento. Si piensa que hemos hecho algo contrario a estas reglas, es posible que pueda apelar nuestra decisión. Para más información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede pedir un *Manual para Miembros* llamando al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página. Puede también consultar el *Manual para Miembros* que hay en nuestro sitio web, en la dirección de Internet que aparece en la parte inferior de la página.

El contrato está en vigor para los meses en que usted esté inscrito en nuestro plan, entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

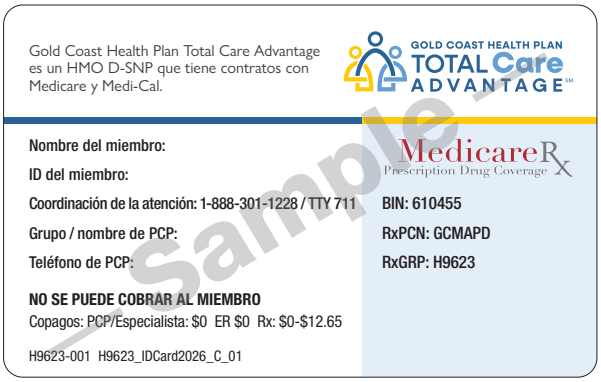
Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

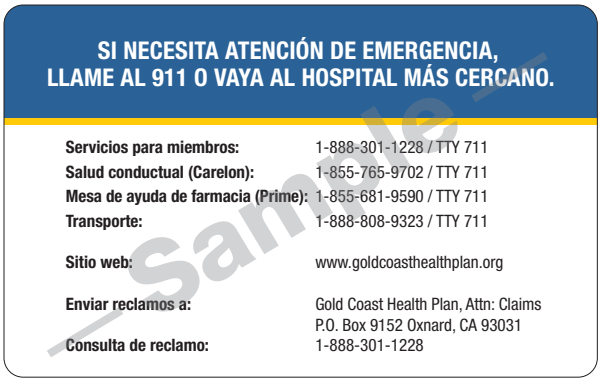
J. Otra información importante que usted obtiene de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su Tarjeta de Identificación (ID) como Miembro, información sobre cómo acceder a un Directorio de Proveedores y Farmacias, e información sobre cómo acceder a una *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como *Lista de Medicamentos* o Formulario.

J1. Su Tarjeta de Identificación (ID) como Miembro

En nuestro plan usted tiene una sola tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal, incluyendo Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), ciertos servicios de salud del comportamiento y recetas. Usted debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta. Esta es una muestra de Tarjeta de ID de Miembro:





Si su Tarjeta de ID como Miembro resulta dañada, se pierde o es robada, llame inmediatamente al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita utilizar su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul, ni su tarjeta de Medi-Cal, para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en lugar seguro, por si las necesita más adelante. Si usted muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su Tarjeta de ID de Miembro, puede que el proveedor facture a Medicare en lugar de a nuestro plan, y puede que usted reciba una factura. Puede que le pidan que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios de hospital, servicios de hospicio, o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros* para averiguar qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde: necesita su tarjeta de Medi-Cal o de Identificación de Beneficios (BIC) para acceder a los servicios siguientes:

- Servicios de salud del comportamiento del condado
- Programa multipropósito de servicios para ancianos (MSSP)

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)
- Programa de dispensas de Medi-Cal
- Medi-Cal Rx (cuando necesite medicamentos que no cubre Total Care Advantage)

J2. *Directorio de Proveedores y Farmacias*

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* contiene los proveedores y farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para recibir servicios cubiertos.

Puede pedir un *Directorio de Proveedores y Farmacias* (electrónicamente o en papel) llamando al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página. Las peticiones de Directorios de Proveedores y de Farmacias en papel se le enviarán por correo en tres días laborables.

También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en la dirección web de la parte inferior de la página.

El directorio contiene los nombres y dirección de contacto de los médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de apoyo cubiertos por el plan de Total Care Advantage.

Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red incluyen:
  - médicos, enfermeras con práctica médica y otros profesionales de atención de salud que usted puede utilizar como miembro de nuestro plan;
  - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; **y**,
  - agencias de salud de día para adultos de LTSS, servicios de salud del comportamiento, agencias de salud a domicilio, suministros de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y otros que proporcionen artículos y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medi-Cal.

Los proveedores de la red se comprometen a aceptar el pago de nuestro plan por servicios cubiertos como pago completo.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar.
- Salvo durante una emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red, si quiere que nuestro plan le ayude a pagar por ellas.

Para más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como nuestra página de Internet pueden ofrecerle la información más actualizada sobre cambios en los proveedores y farmacias de nuestra red.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

J3. *Lista de Medicamentos Cubiertos*

Nuestro plan tiene a *Lista de Medicamentos Cubiertos*, que llamamos de forma abreviada la *"Lista de Medicamentos"*, y que le dice qué medicamentos cubre nuestro plan. Los medicamentos de esta lista los selecciona nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos debe cumplir los requisitos de Medicare. Se incluirán en su Lista de Medicamentos los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare, a menos que hayan sido retirados y sustituidos según se indica en el **Capítulo 5, Sección B**. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de Total Care Advantage.

La *Lista de Medicamentos* también le dice si hay alguna regla o restricción para algún medicamento, como un límite en la cantidad que usted puede obtener. Para más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.

Cada año le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de Medicamentos*, pero es posible que se produzcan cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en la dirección que aparece en la parte inferior de la página.

J4. La *Explicación de Beneficios*

Cuando usted usa sus beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, le enviamos un resumen para ayudarle a entender y hacer seguimiento de los pagos de sus medicamentos de Medicare Parte D. Este resumen se llama la *Explicación de Beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés).

La EOB le dice a usted la cantidad total que usted, u otros en nombre de usted, han gastado en sus medicamentos de Medicare Parte D y la cantidad total que hemos pagado nosotros por cada uno de sus medicamentos de Medicare Parte D durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. El **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros* proporciona más información sobre la EOB y cómo le ayuda a usted a hacer seguimiento de su cobertura de medicamentos.

Usted también puede pedir una EOB. Para recibir una copia, contacte al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Puede mantener actualizado su registro de membresía avisándonos cuándo cambia su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos su información correcta en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red de nuestro plan utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus cantidades de parte del costo. Por esto, es muy importante ayudarnos a mantener su información actualizada.

Infórmenos inmediatamente sobre lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en la cobertura de cualquier otro seguro de salud, como de su empleador, el empleador de su cónyuge, o el empleador de su pareja doméstica, o compensación de los trabajadores;
- cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente de automóvil;
- ingreso en un centro de enfermería u hospital;
- atención por parte de un hospital o sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable de usted); **y**,
- si usted participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** Usted no está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que tiene intención de participar, pero le recomendamos que lo haga.)

Si cambia alguna información, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página.

K1. Privacidad de información de salud personal (PHI)

La información en su registro de miembro puede incluir información de salud personal (PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos privada su PHI. Protegemos su PHI; si desea detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual para Miembros*.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este Capítulo le da información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarle a contestar a sus preguntas acerca de nuestro plan y sus beneficios de atención de salud. También puede utilizar este Capítulo para obtener información sobre cómo contactar a su coordinador de atención y otros para que actúen como defensores en nombre de usted. Los términos clave aparecen con sus definiciones en el último Capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Departamento de Servicios para Miembros....30

B. Su Coordinador de Atención....32

C. Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) 34

D. Línea de Asesoría de Enfermería....35

E. Línea de Crisis de Salud del Comportamiento 36

F. Organización de Mejora de la Calidad (QIO)....37

G. Medicare 38

H. Medi-Cal 39

I. Oficina del Ombudsman de Atención Administrada de Medi-Cal y Salud Mental....40

J. Servicios Sociales del Condado 41

K. Agencia de Servicios de Salud del Comportamiento del Condado....42

K1. Ventura County Behavioral Health....42

K2. Carelon Behavioral Health 43

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

L. Programas para Ayudar a las Personas a Pagar por sus Medicamentos 44

L1. Ayuda Extra de Medicare 44

L2. Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) 44

L3. Plan de Pago por Recetas de Medicare 45

M. Seguro Social 46

N. Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) 47

O. Otros recursos 48

P. Medi-Cal Dental 49

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

A. Departamento de Servicios para Miembros

POR TELÉFONO	**1-888-301-1228** Esta llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Tenemos servicios de intérpretes gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Esta llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	**1-888-310-3660**
POR CORREO	Total Care Advantage 711 E. Daily Drive Suite 106 Camarillo, CA 93010-6082
CORREO ELECTRÓNICO	memberaccess@goldchp.org
SITIO WEB	www.goldcoasthealthplan.org

Contacte al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda sobre:

- preguntas acerca del plan
- preguntas acerca de reclamos o facturación
- decisiones sobre cobertura de su atención médica
  - Una decisión sobre cobertura de su atención médica es una decisión sobre:
    - sus beneficios y servicios cubiertos **o**
    - la cantidad que pagamos nosotros por sus servicios de salud.
  - Llámenos si tiene alguna pregunta sobre una decisión sobre cobertura de su atención médica.
  - Para saber más sobre decisiones sobre cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.
- apelaciones sobre su atención médica
  - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que hemos tomado acerca de su cobertura y pedirnos que la cambiemos si considera que hemos cometido un error o no está de acuerdo con la decisión.
  - Para saber más sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* o contacte al Departamento de Servicios para Miembros.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- quejas sobre su atención médica
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluyendo un proveedor de la red o no perteneciente a la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentarnos una queja a nosotros o a la Organización de Mejora de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la sección anterior).
  - Puede llamarnos y explicarnos su queja, al **1-888-301-1228** (TTY: **711**).
  - Si su queja es sobre una decisión sobre su cobertura de salud, puede presentar una apelación (consulte la **Sección F**).
  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en **www.medicare.gov/my/medicare-complaint**, o puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.
  - Puede presentar una queja sobre nuestro plan al Programa del Ombudsman de Medi-Cal de Medicare, llamando al **1-855-501-3077**.
  - Para saber más sobre cómo presentar una queja sobre su atención de salud, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.
- decisiones sobre cobertura sobre sus medicamentos
  - Una decisión sobre cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
    - sus beneficios y medicamentos cubiertos o
    - la cantidad que pagamos por sus medicamentos.
  - Los medicamentos no cubiertos por Medicare, como medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y ciertas vitaminas, puede que estén cubiertos por Medi-Cal Rx. Si desea más información, por favor, visite el sitio web de Medi-Cal Rx (**www.medi-calrx.dhcs.ca.gov**). También puede llamar al Centro de Atención al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273** (TTY: **711**).
  - Para más información sobre decisiones sobre cobertura de sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.
- apelaciones sobre sus medicamentos
  - Una apelación es una forma de pedirnos que cambiemos una decisión sobre cobertura.
  - Para más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.
- quejas sobre sus medicamentos
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia; esto incluye una queja sobre sus medicamentos.
  - Si su queja es sobre una decisión sobre cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior.)
  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en **www.medicare. gov/my/medicare-complaint**, o puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.
  - Para más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.
- pago por atención médica o medicamentos que ya ha pagado
  - Para más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos, o que paguemos una factura que usted ha recibido, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.
  - Si nos pide que paguemos una factura y denegamos su petición en su totalidad o en parte, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

B. Su Coordinador de Atención

El Coordinador de Atención de Total Care Advantage es la persona principal de contacto para usted. Esta persona ayuda a manejar todos sus proveedores y servicios y se asegura que usted recibe lo que necesita. El Coordinador de Atención es un profesional clínico u otra persona capacitada que trabaja para nuestro plan para ofrecerle a usted servicios de coordinación.

POR TELÉFONO	**1-888-301-1228** Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Tenemos servicios de intérpretes gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
FAX	**1-855-883-1552**
POR CORREO	Total Care Advantage Attn: Care Management 711 E. Daily Drive Suite 106 Camarillo, CA 93010-6082
CORREO ELECTRÓNICO	CareManagement@goldchp.org
SITIO WEB	www.goldcoasthealthplan.org

Contacte a su coordinador de atención para obtener ayuda con:

- preguntas acerca de su atención de salud
- preguntas acerca de obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)
- preguntas acerca de beneficios dentales
- preguntas acerca de transporte a citas médicas
- preguntas acerca de Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), incluyendo Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS) y Centros de Enfermería (NF)
- preguntas acerca de Apoyos Comunitarios

Es posible que usted pueda obtener estos servicios:

- Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS)
- cuidados de enfermería especializados

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- terapia física
- terapia ocupacional
- terapia del habla
- servicios médico-sociales
- atención de salud a domicilio
- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) a través de la agencia de servicios sociales de su condado
- a veces puede obtener ayuda con sus necesidades diarias de cuidados de salud y necesidades vitales
- Apoyos Comunitarios
- Programa multipropósito de servicios para ancianos (MSSP)

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

C. Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP)

El Programa estatal de Asistencia sobre Seguros Sanitarios (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en cada estado, que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP). Los consejeros de HICAP pueden responder a sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para gestionar su problema. HICAP tiene consejeros capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos.

HICAP es un programa independiente estatal (no conectado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería gratuita sobre seguros de salud a personas que tienen Medicare.

POR TELÉFONO	**1-805-477-7300** De lunes a viernes de 8.00 a.m. a 5.00 p.m.
TTY	**1-800-735-2922** Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Usted necesita tener un equipamiento telefónico especial para llamar a él.
POR CORREO	Ventura County Area Agency on Aging 4651 Telephone Rd. Ventura, CA 93003
CORREO ELECTRÓNICO	LOIS.VCAAA@ventura.org
SITIO WEB	vcaaa.org

Contacte a HICAP para recibir ayuda con:

- preguntas acerca de Medicare
- los consejeros de HICAP pueden responder a sus preguntas acerca de cambiar a un nuevo plan y ayudarle a:
  - entender sus derechos,
  - entender sus opciones de planes,
  - contestar preguntas acerca de cambios de planes,
  - presentar quejas sobre su atención de salud o su tratamiento, **y**
  - ayudar con problemas de facturas o reclamos.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

D. Línea de Asesoría de Enfermería

La Línea de Asesoría de Enfermería de Total Care Advantage puede darle información médica gratuita las 24 horas del día, todos los días del año. Llame al **1-877-431-1700** (TTY: **711**) para:

- hablar con una enfermera que responderá a preguntas médicas, ofrecerá consejos sobre atención y le ayudará a decidir si debe acudir inmediatamente a un proveedor.
- obtener ayuda para afecciones médicas como diabetes o asma, incluyendo consejos sobre qué tipo de proveedor puede ser el adecuado para su afección.

Puede contactar a la Línea de Asesoría de Enfermería si tiene preguntas sobre su salud o atención de salud.

POR TELÉFONO	**1-877-431-1700** Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, todos los días del año. Tenemos servicios de intérpretes gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, todos los días del año.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

E. Línea de Crisis de Salud del Comportamiento

La Línea de Acceso / Crisis de Salud del Comportamiento de Condado de Ventura es el punto de entrada para acceder a todos los Servicios de Ventura County Behavioral Health. Las personas que necesiten servicios de salud mental o por consumo de sustancias, o que estén atravesando una crisis de salud del comportamiento. Personas y familias que estén pasando una crisis de salud mental, personas que estén considerando el suicidio, o que tengan problemas con enfermedades mentales, consumo de sustancias, o las dos cosas, deben contactar a la Línea de Acceso / Crisis para recibir más apoyo.

POR TELÉFONO	**1-866-998-2243** Esta llamada es gratuita. Los siete días de la semana, las 24 horas del día Tenemos servicios de intérpretes gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Esta llamada es gratuita. Los siete días de la semana, las 24 horas del día.

Contacte a la Línea de Crisis de Salud del Comportamiento para ayuda con:

- preguntas acerca de servicios de salud del comportamiento y por abuso de sustancias
- preguntas acerca de servicios para trastornos por consumo de sustancias
- equipo de respuesta móvil en caso de crisis
- programa residencial para casos de crisis

Si tiene preguntas acerca de los servicios especializados de salud mental de su condado, consulte la **Sección K** en este Capítulo.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

F. Organización de Mejora de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Commence Health, que es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención a las personas que tienen Medicare. Commence Health es una organización independiente, que no está conectada con nuestro plan.

POR TELÉFONO	**1-877-588-1123** De lunes a viernes: de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. (hora local) Sábados/Domingos y Días Festivos: de 10:00 a.m. a 4:00 p.m. (hora local) Hay disponible un servicio de correo de voz las 24 horas.
TTY	**711**
POR CORREO	BFCC-QIO Program Commence Health P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
CORREO ELECTRÓNICO	No disponible
SITIO WEB	**https://www.livantaqio.cms.gov/en/states/california**

Contacte a Commence Health para recibir ayuda con:

- preguntas acerca de sus derechos sobre atención de salud
- presentar una queja sobre la atención que recibió si usted:
  - tiene un problema con la calidad de la atención, como recibir los medicamentos incorrectos, pruebas innecesarias o diagnósticos erróneos,
  - piensa que su estancia hospitalaria está acabando demasiado pronto; **o**
  - piensa que sus cuidados de salud a domicilio, cuidados en un centro de enfermería especializada o servicios de centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

G. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud para personas de 65 años de edad o más, algunas personas de menos de 65 años con discapacidades, y personas con enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal permanente que requiere de diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, que incluyen nuestro plan.

POR TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Usted necesita tener un equipamiento telefónico especial para llamar a él.
CHAT EN DIRECTO	Se ofrece un chat en directo en **www.Medicare.gov/talk-to-someone**
POR CORREO	Escriba a Medicare a: P.O. Box 1270 Lawrence, KS 66044
SITIO WEB	**www.medicare.gov** Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluyendo cuánto cuestan y qué servicios proporcionan. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención de salud que participan en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluyendo servicios de prevención (como evaluaciones, vacunas y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelación de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de atención proporcionada por planes, centros de enfermería, hospitales, médicos, agencias de salud a domicilio, centros de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo. • Consulte sitios web y números de teléfono útiles. Para presentar una queja a Medicare, visite la página **www.medicare.gov/my/medicare-complaint**. Medicare se toma sus quejas en serio y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa de Medicaid de California. Este es un programa de seguro público que proporciona los servicios de atención de salud necesarios a personas con ingresos bajos, incluyendo familias con niños, personas mayores, personas con discapacidades, niños y jóvenes en cuidados de crianza y mujeres encinta. Medi-Cal se financia con fondos estatales y del gobierno federal.

Los beneficios de Medi-Cal incluyen salud médica, dental y del comportamiento, y apoyos y servicios a largo plazo.

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

POR TELÉFONO	1-800-430-4263 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Usted necesita tener un equipamiento telefónico especial para llamar a él.
POR CORREO	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
SITIO WEB	**www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov**

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

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

La Oficina del Ombudsman ayuda a solucionar problemas desde un punto de vista neutral, para asegurar que nuestros miembros reciben todos los servicios cubiertos médicamente necesarios. Ellos le escucharán, contestarán a sus preguntas, analizarán su situación, explicarán políticas y procedimientos, proporcionarán información, consejos y opciones y sugerirán remisiones adecuadas. Su trabajo es ayudar a encontrar soluciones justas para problemas de acceso a atención de salud, y no están conectados con nuestro plan, ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

POR TELÉFONO	**1-888-452-8609** De lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	**1-800-430-7077** Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Usted necesita tener un equipamiento telefónico especial para llamar a él.
POR CORREO	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

J. Servicios Sociales del Condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de Medi-Cal, contacte a su agencia local de servicios sociales del Condado.

Contacte con su agencia de Servicios Sociales del Condado para solicitar Servicios de Apoyo en el Hogar, que ayudarán a pagar por servicios que se le proporcionen para que usted pueda permanecer en su propio hogar de forma segura. Los tipos de servicios pueden incluir ayuda con preparación de comidas, bañarse, vestirse, lavandería, compras o transporte. Para saber más sobre los IHSS disponibles en su condado, visite la página **https://www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss**, o llame a su agencia local de servicios sociales.

Contacte a su agencia de Servicios Sociales del Condado para cualquier pregunta sobre su elegibilidad para Medi-Cal.

POR TELÉFONO	**1-888-472-4463** Esta llamada es gratuita. De 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes
TTY	**1-800-735-2922**
POR CORREO	Ventura County Human Services Agency 855 Partridge Drive Ventura, CA 93003
CORREO ELECTRÓNICO	**HSA.Communications@ventura.org**
SITIO WEB	**www.ventura.org/human-services-agency**

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

K. Agencia de Servicios de Salud del Comportamiento del Condado

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

K1. Ventura County Behavioral Health

POR TELÉFONO	**1-866-998-2243** Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de intérpretes gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Usted necesita tener un equipamiento telefónico especial para llamar a él. Este número permite a las personas sordas o con dificultades auditivas comunicarse escribiendo y leyendo texto. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Contacte a la agencia de Salud del Comportamiento del condado para recibir ayuda con:

- preguntas acerca de servicios especializados de salud mental proporcionados por el condado
- preguntas acerca de servicios para trastornos por consumo de sustancias proporcionados por el condado
- servicios de apoyo con medicamentos
- servicios de día intensivos de tratamiento y rehabilitación
- servicios de intervención y estabilización en caso de crisis
- administración de casos específicos
- servicios móviles en caso de crisis
- servicios de apoyo de iguales (PSS, por sus siglas en inglés)
- servicios psiquiátricos

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

K2. Carelon Behavioral Health

POR TELÉFONO	**1-855-765-9702** Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los siete días de la semana. Tenemos servicios de intérpretes gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	**1-800-735-2929 or 711** Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Usted necesita tener un equipamiento telefónico especial para llamar a él. Este número permite a las personas sordas o con dificultades auditivas comunicarse escribiendo y leyendo texto. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Carelon Behavioral Health será responsable de asegurarse de que se proporcionan a miembros / beneficiarios todos los servicios mencionados:

- Servicios de salud mental y para Trastornos por Consumo de Sustancias (SUD; por sus siglas en inglés) para pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Evaluación y tratamiento individual y grupal de salud mental (psicoterapia)
- Terapia Familiar, que incluya al menos a dos miembros de la familia. Algunos ejemplos de terapia familiar incluyen, aunque sin limitarse a ellos:
  - Terapia de pareja cognitivo-conductual (adultos)
- Servicios de Manejo de Medicamentos
- Pruebas psicológicas cuando estén clínicamente indicadas para evaluar una afección de salud mental
- Desarrollo de habilidades cognitivas para mejorar la atención, la memoria y la resolución de problemas
- Servicios ambulatorios para monitoreo de terapia con medicamentos
- Servicios de laboratorio ambulatorios
- Medicinas ambulatorias que no estén ya cubiertas en la Lista de Medicamentos Contratados de Medi-Cal Rx (**https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/**), suministros y suplementos
- Consulta psiquiátrica

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

L. Programas para Ayudar a las Personas a Pagar por sus Medicamentos

El sitio web de Medicare (**www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs**) ofrece información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda que se describen a continuación.

L1. Ayuda Extra de Medicare

Al ser elegible para Medi-Cal, usted califica y está recibiendo "Ayuda Extra" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No es necesario que usted haga nada para obtener esta "Ayuda Extra."

POR TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Usted necesita tener un equipamiento telefónico especial para llamar a él.
SITIO WEB	**www.medicare.gov**

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

- Cuando recibamos la evidencia que muestre el nivel adecuado de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar la cantidad correcta de copago cuando reciba su próxima receta. Si usted paga más de su copago, le reembolsaremos, bien mediante cheque, o deduciremos la cantidad de un crédito futuro de copago. Si la farmacia no cobró su copago y usted les debe el dinero, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en nombre de usted, podemos pagar directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página.

L2. Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)

ADAP ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos que salvan la vida. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario califican para ayuda con recetas a través de la ayuda de parte del costo de la Oficina del SIDA del Departamento de Salud Pública de California. Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el estado y situación de VIH, ingresos bajos (según defina el estado) y situación de no asegurados/infraasegurados. Si usted cambia de plan, por favor, informe a su trabajador local de inscripción en ADAP para poder seguir recibiendo ayuda para información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al **1-844-421-7050** o visite el sitio web de ADAP, **www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/pages/OA_adap_eligibility.aspx**.

L3. El Plan de Pago por Recetas de Medicare

El Plan de Pago por Recetas de Medicare es una opción de pago que trabaja con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a manejar los gastos de su bolsillo para medicamentos cubiertos por nuestro plan extendiéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Puede usar esta opción de pago cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos). **Esta opción de pago podría ayudarle a manejar sus gastos, pero no le ahorra dinero, ni reduce sus gastos en medicamentos. Si usted participa en el Plan de Pago por Recetas de Medicare y permanece en el mismo plan, no es necesario que haga nada para continuar con esta opción.** La "Ayuda Extra" de Medicare y la ayuda de su SPAP y su ADAP, para aquellos que califiquen, son más ventajosas que la participación en esta opción de pago, sin importar su nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para saber más sobre esta opción de pago, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono en la parte inferior de la página o visite la página **www.medicare.gov**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

M. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare.

Si usted se muda o cambia de dirección postal, es importante que contacte al Seguro Social para informarlos.

POR TELÉFONO	**1-800-772-1213** Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a 7:00 pm, de lunes a viernes. Puede utilizar sus servicios telefónicos automáticos para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	**1-800-325-0778** Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Usted necesita tener un equipamiento telefónico especial para llamar a él.
SITIO WEB	**www.ssa.gov**

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

N. Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si usted obtiene Medicare a través de la RRB, infórmeles si usted se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios por parte de la RRB, contacte a la agencia.

POR TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Pulse "0" para hablar con un representante de la RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles. Pulse "1" para acceder a la línea automática de ayuda de la RRB e información grabada las 24 horas del día, incluyendo fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Usted necesita tener un equipamiento telefónico especial para llamar a él. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	**www.rrb.gov**

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

O. Otros recursos

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

Si usted tiene problemas con:

- Medi-Cal
- Medicare
- su plan de salud
- acceder a servicios médicos
- apelar denegaciones de servicios, medicamentos, equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), servicios de salud mental, etc.
- facturas médicas
- IHSS (Servicios de Apoyo en el Hogar)

El Programa del Ombudsman de Medi-Cal de Medicare ayuda con quejas, apelaciones y audiencias. El número de teléfono del Programa del Ombudsman es el **1-855-501-3077**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

P. Medi-Cal Dental

Hay ciertos servicios dentales que están disponibles a través de Medi-Cal Dental, incluyendo, aunque sin limitarse a ellos, servicios como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor
- restauraciones y coronas
- terapia del canal radicular
- dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y realineamientos

Los beneficios dentales están disponibles a través del Pago por Servicio (FFS) de Medi-Cal Dental.

POR TELÉFONO	1-800-322-6384 La llamada es gratuita. Hay disponibles representantes del programa de FFS de Medi-Cal Dental para ayudarle de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes.
TTY	1-800-735-2922 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Usted necesita tener un equipamiento telefónico especial para llamar a él.
SITIO WEB	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Antes de recibir servicios, debe asegurarse de que el dentista está cubierto dentro del beneficio de Medi-Cal Dental FFS. Para obtener los servicios, deberá mostrar su tarjeta BIC de Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para su atención de salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este Capítulo tiene términos y reglas específicos que usted debe conocer para obtener atención de salud y otros servicios cubiertos de nuestro plan. También le habla de su coordinador de atención, cómo obtener atención de distintos tipos de proveedores y en ciertas circunstancias especiales (incluyendo de proveedores o farmacias no pertenecientes a la red), qué hacer si se le factura a usted directamente por los servicios que cubrimos, y las reglas para ser propietario de Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés). Los términos clave aparecen con sus definiciones en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores 53

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan 54

C. Su coordinador de atención 56

C1. Qué es un coordinador de atención 56

C2. Cómo contactar a su coordinador de atención 56

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención 56

D. Atención de proveedores 57

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP) 57

D2. Atención por parte de especialistas y otros proveedores de la red 59

D3. Cuando un proveedor sale de nuestro plan 59

D4. Proveedores no pertenecientes a la red 60

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) 61

F. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias) 62

F1. Servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan 62

G. Servicios de transporte 64

G1. Transporte Médico no de Emergencia (NEMT) 64

G2. Transporte no médico (NMT) 65

H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesitan urgentemente, o durante un desastre 66

H1. Atención en una emergencia médica 66

H2. Atención necesaria urgentemente 67

H3. Atención durante un desastre 68

I. Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos 69

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios 69

J. Cobertura de servicios de atención de salud en un estudio de investigación clínica 70

J1. Definición de estudio de investigación clínica 70

J2. Pago por servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica 70

J3. Más información sobre estudios de investigación clínica 71

K. Cómo están cubiertos sus servicios de atención de salud en un centro de atención de salud religioso no médico 72

K1. Definición de un centro de atención de salud religioso no médico 72

K2. Atención por parte de un centro de salud religioso no médico 72

L. Equipo médico duradero (DME) 73

L1. DME como miembro de nuestro plan 73

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

L2. Propiedad del DME si usted cambia al Medicare Original 73

L3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan 74

L4. Equipo de oxígeno cuando usted cambia a Medicare Original u otro plan de Medicare Advantage (MA) 74

A. Información sobre servicios y proveedores

Se entiende por **"servicios"** atención de salud, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), suministros, servicios de salud del comportamiento, medicamentos de venta con receta y de venta libre, equipo y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualesquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención de salud, salud del comportamiento y LTSS están en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*. Sus servicios cubiertos para medicamentos de venta con receta y de venta libre están en el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeras y demás personas que le proporcionan servicios y atención y tienen licencia del estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud a domicilio, clínicas y otros lugares que le proporcionan servicios de salud, servicios de salud del comportamiento, equipamiento médico y ciertos LTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores están de acuerdo en aceptar nuestro pago como pago completo. Hemos organizado que estos proveedores le proporcionen a usted servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan a nosotros directamente por la atención que le brindan a usted. Cuando usa un proveedor de la red, usted normalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

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

Por lo general, nuestro plan pagará por servicios de salud, servicios de salud del comportamiento y muchos LTSS que usted recibe cuando usted cumple nuestras reglas. Para estar cubierto por nuestro plan:

- La obtención que usted reciba debe estar incluida en nuestra Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por "médicamente necesarios" nos referimos a servicios que son razonables y necesarios para diagnosticar y tratar su afección médica. La atención médicamente necesaria es precisa para evitar que las personas se enfermen gravemente o queden discapacitada, y reduce el dolor severo tratando las enfermedades o lesiones.
- Para servicios médicos, usted debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)** dentro de la red, que proporcione y supervise su atención. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (para más información, consulte la **Sección D1** de este Capítulo).
  - » En la mayoría de los casos su PCP de la red o nuestro plan debe darle su aprobación antes de que pueda utilizar un proveedor que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se llama **remisión**. Si usted no recibe autorización, puede que no cubramos los servicios.
  - » Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo el grupo médico afiliado, lo cual significa que su PCP lo remitirá a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico está formado por médicos que son PCP y especialistas, que trabajan juntos para dirigir la atención que usted recibe.
  - » Usted no necesita remisiones de su PCP para atención de emergencia ni atención que necesite urgentemente, para utilizar un proveedor de salud de la mujer, ni para ninguno de los demás servicios enumerados en la Sección D1 de este Capítulo.
- **Debe obtener su atención de proveedores de la red (si desea más información, consulte la Sección D en este Capítulo)**. Normalmente no cubriremos atención por parte de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud y el grupo médico de su PCP. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor en su totalidad los servicios que le proporcione. Estos son algunos casos en los que no se aplica esta regla:
  - » Cubrimos atención de emergencia o necesaria urgentemente por parte de un proveedor no perteneciente a la red (si desea más información, consulte la **Sección H** en este Capítulo).
  - » Si usted necesita atención que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden proporcionarla, puede obtener atención de un proveedor no perteneciente a la red. Usted debe tener autorización previa de su PCP, grupo médico o Total Care Advantage antes de poder ir a un proveedor no perteneciente a nuestra red. En esta situación, cubrimos la atención sin costo para usted. Si desea información sobre cómo recibir autorización para usar un proveedor no perteneciente a la red, consulte la **Sección D4** de este Capítulo.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- Cubrimos servicios de diálisis de riñón cuando usted está fuera del área de servicio de nuestro plan durante poco tiempo, o cuando su proveedor está temporalmente no disponible o no accesible. La parte de costo que usted paga por la diálisis nunca puede ser más alta que la parte de costo en Medicare Original. Si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene diálisis de un proveedor no perteneciente a la red del plan, su parte del costo no puede ser más alta que la parte del costo que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis perteneciente a la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor no perteneciente a la red, puede que su parte del costo para la diálisis sea más alto. Si es posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número en la parte inferior de la página antes de salir del área de servicio, para que podamos ayudar a que usted reciba diálisis de mantenimiento mientras está fuera.
- Cuando usted se une por primera vez a nuestro plan, puede pedir seguir utilizando sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta petición si podemos comprobar que usted tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1** de este *Manual para Miembros*. Si aprobamos su petición, puede seguir utilizando los proveedores que utiliza actualmente durante un máximo de 12 meses para recibir servicios. A lo largo de ese tiempo, su coordinador de atención lo contactará para encontrar proveedores en nuestra red que estén afiliados al grupo médico de su PCP. Después de 12 meses, ya no cubriremos su atención si usted sigue utilizando proveedores que no están en nuestra red y no están afiliados al grupo médico de su PCP.

Otra Cobertura de Salud: Los miembros de Medi-Cal deben utilizar en su totalidad su otra cobertura de salud (OHC, por sus siglas en inglés) antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible dentro de su cobertura de salud, dado que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario para la OHC de Medicare, cubriendo los costos permitidos que no pague nuestro plan u otra OHC, hasta la cantidad de Medi-Cal.

Nuevos miembros de Total Care Advantage: En la mayoría de los casos usted será inscrito en Total Care Advantage para sus beneficios de Medicare el 1º día del mes después que usted solicite ser inscrito en Total Care Advantage. Usted puede seguir recibiendo sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de eso, usted recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Total Care Advantage. No habrá ninguna interrupción de su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, por favor, llámenos al **1-888-301-1228** (TTY: **711**).

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

C. Su coordinador de atención

A los miembros de Total Care Advantage se les asigna un coordinador de atención (también llamado un Navegador de Atención) que le ayudará a identificar sus necesidades mediante evaluaciones, construirá un plan de atención con usted para abordar esas necesidades, y ayudará a coordinar esa atención para asegurar que se cubren esas necesidades.

C1. Qué es un coordinador de atención (Navegador de Atención)

El coordinador de atención (Navegador de Atención) actúa como contacto principal para la coordinación de su atención y servicios de cuidados de transición. Se identificarán las necesidades específicas de usted mediante una evaluación y lo apoyará coordinando sus servicios de Medicare y Medi-Cal. Su Navegador de Atención lo apoyará a usted y a su cuidador mediante planificación de atención, facilitando sus cuidados y defendiendo sus necesidades médicas y de apoyo. Su Navegador de Atención también proporcionará entrenamiento sobre salud y apoyo de cuidados de transición a lo largo de todo su viaje de cuidados sanitarios, al tiempo que se comunica entre usted, su familia y sus proveedores.

C2. Cómo puede contactar a su coordinador de atención (Navegador de Atención)

Cuando usted se une por primera vez a nuestro plan, se le realiza una Evaluación de Riesgos de Salud (HRA, por sus siglas en inglés) dentro de los 90 días antes o después de su fecha de inscripción efectiva. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud del comportamiento y funcionales. Su Navegador de Atención contactará con usted para programar y completar la HRA.

Podemos completar la HRA mediante una visita en persona, llamada telefónica o por correo. Le enviaremos más información sobre esta HRA y el nombre e información de contacto de su navegador de atención. También se puede contactar a su Navegador de Atención llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página y pedir hablar con su Navegador de Atención.

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención (Navegador de Atención)

Puede solicitar un cambio en su Navegador de Atención asignado en cualquier momento notificándolo a su Navegador de Atención o representante de servicios para miembros por teléfono o por escrito.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

D. Atención de proveedores

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

Usted debe elegir un Proveedor de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que proporcione y administre su atención. Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo el grupo médico afiliado.

Definición de PCP y lo que hace un PCP por usted

¿Qué es un PCP?

El PCP es un médico al que usted acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Usted debe acudir a su PCP antes de utilizar cualquier otro proveedor de salud o especialista.

El papel de su PCP es:

- coordinar su atención médica.
- proporcionar remisiones a especialistas y otros centros (como laboratorios y proveedores de equipo médico duradero).

Hay varios tipos de proveedores que pueden actuar como su PCP, que incluyen:

- Médico de familia
- Internista
- Médico de Medicina General
- Enfermera con Práctica Médica
- Ayudante de Médico
- Clínica de Salud Rural (RHC)
- Centro de Salud Federalmente Cualificado (FQHC)
- Proveedor de Salud Indio (IHCP)
- Clínica

¿Qué es un grupo médico?

Un grupo médico está formado por médicos y proveedores de salud que son PCP y especialistas, y se encarga de:

- proporcionar servicios médicos a través de una red de médicos y centros contratados.
- proporcionar autorizaciones para su atención médica.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Su elección de PCP

Cuando usted se une a Total Care Advantage, usted elige o se le asigna a un PCP dentro de un grupo médico determinado. Su PCP / grupo médico puede remitirlo a especialistas u ordenar pruebas de laboratorio y radiografías (dentro del grupo médico) según sea médicamente necesario. La mayoría de los servicios médicos requieren aprobación previa (autorización previa). Su grupo médico y/o plan de salud revisarán la petición de aprobación previa y decidirán si aprueban el servicio.

Si hay un especialista u hospital específico que desee utilizar, averigüe si está afiliado al grupo médico de su PCP. Puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, o pedir al Departamento de Servicios para Miembros que averigüe si el PCP que usted desea hace remisiones al especialista o al hospital que usted prefiere.

Opción de cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su PCP abandona nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un PCP nuevo en nuestra red.

Si desea cambiar de PCP o grupo médico, debe elegir un PCP del directorio de proveedores de Total Care Advantage. Asegúrese de que el PCP acepta pacientes nuevos. Para cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página.

El Departamento de Servicios para Miembros le dirá cuándo entra en vigor el cambio a su nuevo PCP y grupo médico. También le enviará una nueva tarjeta de miembro que muestre el nombre y número de teléfono de su PCP / grupo médico nuevo.

Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si usted cambia de PCP, puede que también esté cambiando de grupo médico. Cuando pida un cambio, diga al Departamento de Servicios para Miembros si utiliza un especialista u obtiene otros servicios cubiertos que deben tener autorización de un PCP. El Departamento de Servicios para Miembros le ayuda a mantener su atención especializada y demás servicios cuando usted cambia de PCP.

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, usted necesita autorización de su PCP antes de usar otros proveedores. Esta aprobación se llama una **remisión**. Puede obtener servicios como los que se enumeran a continuación sin obtener primero aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores no pertenecientes a la red
- Servicios cubiertos necesarios urgentemente que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si obtener este servicio de proveedores de la red no es razonable dado el momento, lugar o circunstancias en las que está. Algunos ejemplos de servicios necesarios urgentemente son lesiones y enfermedades médicas o

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

agravamientos inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina a proveedores médicamente necesarias (como las revisiones anuales) no se consideran necesarias urgentemente, incluso si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red está temporalmente no disponible.
- Servicios de diálisis de riñón que usted obtenga en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté fuera del área de servicio de nuestro plan. Si llama al Departamento de Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio, podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté fuera.
- Vacunas contra la gripe y vacuna contra el COVID-19, así como vacunas contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre y cuando las obtenga de un proveedor de la red.
- Atención de rutina de salud de la mujer y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes del seno, mamografías de evaluación (radiografías del seno), pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red.

Además, si usted es un miembro Indio Americano, puede obtener Servicios Cubiertos de un Proveedor de Salud Indio de su elección, sin necesidad de una remisión de un PCP de la red ni Autorización previa.

D2. Atención por parte de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que ofrece atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicos. Hay muchos tipos de especialistas, como por ejemplo:

- oncólogos, que cuidan de pacientes con cáncer.
- cardiólogos, que cuidan de pacientes con problemas de corazón.
- ortopedas, que cuidan de pacientes con problemas de huesos, articulaciones o músculos.

Cuando su PCP piense que usted necesita suministros o tratamiento especializados, su PCP presentará una remisión por escrito para obtener aprobación previa (autorización previa).

“Aprobación (autorización) previa” significa que usted deberá obtener aprobación del grupo médico / del plan antes de recibir un servicio o medicamento específico, o de utilizar un proveedor no perteneciente a la red. Las autorizaciones (aprobaciones) previas las determina el grupo médico o Total Care Advantage. Para obtener información sobre qué servicios requieren aprobación (autorización) previa, consulte el **Capítulo 4** de este manual.

D3. Cuando un proveedor sale de nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red que usted utiliza abandone nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia a lo largo del año, debemos darle acceso ininterrumpido a proveedores cualificados.
- Le avisaremos de que su proveedor va a abandonar nuestro plan, para que tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
  - » Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento abandona nuestro plan, le avisaremos si usted visitó a ese proveedor dentro de los últimos tres años.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

  - » Si cualquiera de sus demás proveedores abandona nuestro plan, le avisaremos si usted está asignado al proveedor, está recibiendo atención actualmente de él o lo ha visitado dentro de los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor cualificado dentro de la red para que continúe manejando sus necesidades de atención de salud.
- Si usted actualmente está recibiendo terapias o tratamiento médico de su proveedor actual, usted tiene derecho a seguir recibiendo terapias o tratamiento médico médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los periodos disponibles para inscripción y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista cualificado en la red accesible para usted, debemos concertar un especialista no perteneciente a la red para que le brinde atención cuando un proveedor de dentro de la red o beneficio no esté disponible o no sea adecuado para cubrir sus necesidades médicas. Usted necesitará obtener aprobación previa de su grupo médico o de Total Care Advantage para buscar atención fuera de la red.
- Si usted tiene conocimiento de que uno de sus proveedores va a abandonar nuestro plan, contáctenos. Podemos ayudarlo a elegir un proveedor nuevo para ocuparse de su atención.
- Si usted considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor cualificado, o que no estamos gestionando bien su atención, usted tiene derecho a presentar una queja sobre calidad de atención a la Organización de Mejora de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés), un reclamo sobre calidad de atención, o las dos cosas. (Para más información, consulte el **Capítulo 9**.)

D4. Proveedores no pertenecientes a la red

Los proveedores no pertenecientes a la red son proveedores que no tienen un acuerdo para trabajar con Total Care Advantage. La única vez que usted puede obtener cuidados fuera de la red sería en las situaciones siguientes:

- servicios de emergencia o atención urgente (incluyendo emergencia / atención urgente a nivel mundial). No necesita autorización previa para obtener servicios de emergencia o de atención urgente de proveedores no pertenecientes a la red.
- servicios de diálisis de riñón cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio durante un periodo breve o cuando su proveedor temporalmente no esté disponible. Usted puede recibir diálisis continuada de proveedores no pertenecientes a la red durante un plazo prorrogado con autorización (aprobación) previa.
- Cuando usted sea remitido a un proveedor no perteneciente a la red y tenga autorización (aprobación) previa.

Si usa un proveedor no perteneciente a la red, el proveedor debe aceptar Medicare y/o Medi-Cal.

- No podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare y/o Medi-Cal.
- Si usted usa un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted debe pagar la totalidad del costo de los servicios que obtenga.
- Los proveedores deben avisarle si no son elegibles para participar en Medicare.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) pueden ayudarle a permanecer en su hogar y evitar una estancia en un hospital o centro de enfermería especializada. Usted tiene acceso a ciertos LTSS a través de nuestro plan, incluyendo cuidados en un centro de enfermería especializada, Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS) y Apoyos Comunitarios. Hay otro tipo de LTSS, el programa de Servicios de Apoyo en el Hogar, disponible a través de la agencia de servicios sociales de su condado.

El personal de Total Care Advantage realizará una evaluación de riesgos de salud para determinar el tipo y nivel de atención que usted necesita. Una vez se haya determinado, se le asignará a usted un Navegador de Atención, que le ayudará a obtener servicios de LTSS. Los servicios de LTSS pueden incluir los siguientes:

- Servicios Basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS)
- Centro de Enfermería Especializada (SNF)
- Programa Multipropósito de Servicios para Ancianos (MSSP)
- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)
- Servicios para Adultos basados en la Comunidad (CBAS)

Encontrará más información en la tabla de beneficios en el **Capítulo 4**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

F. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)

Usted tiene derecho a acceder a servicios de salud del comportamiento médicamente necesarios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Proporcionamos acceso a servicios de salud del comportamiento cubiertos por atención administrada de Medi-Cal y Medicare. Nuestro plan no proporciona servicios especializados de salud mental de Medi-Cal ni servicios para trastornos por consumo de sustancias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través de Ventura County Behavioral Health.

F1. Servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan

Tiene disponibles servicios especializados de salud mental de Medi-Cal a través del plan de salud mental (MHP, por sus siglas en inglés) del condado, si usted cumple los criterios para acceder a servicios especializados de salud mental. Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal que proporciona Ventura County Behavioral Health incluyen:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo con medicamentos
- servicios intensivos de tratamiento de día
- rehabilitación de día
- servicios de intervención ante una crisis
- servicios de estabilización ante una crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial ante una crisis
- servicios de centros de salud psiquiátrica
- servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes hospitalizados
- administración de casos específicos
- reingreso de personas involucradas con la justicia
- tratamiento asertivo comunitario (ACT)
- tratamiento asertivo comunitario forense (FACT)
- atención especializada coordinada (CSC) para psicosis de primer episodio (FEP)
- servicios de “casa club”
- servicios ampliados de trabajador de salud comunitario (CHW)
- empleo con apoyo
- servicios de apoyo de iguales
- servicios de intervención móviles en caso de crisis basados en la comunidad
- servicios terapéuticos conductuales
- cuidados de crianza terapéutica
- coordinación de atención intensiva
- servicios intensivos basados en el hogar

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Los servicios de medicamentos de Medi-Cal que proporciona Ventura County Behavioral Health incluyen:

- servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- tratamiento residencial para trastornos por consumo de sustancias durante el periodo perinatal
- servicios de tratamiento ambulatorio
- programa de tratamiento de narcóticos
- medicamentos para tratamiento de adicciones (también llamado Tratamiento Asistido con Medicamentos)
- servicios de apoyo de iguales
- servicios de intervención móvil en caso de crisis basados en la comunidad

Los servicios del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS) están disponibles para usted a través de Ventura County Behavioral Health si usted cumple los criterios para recibir estos servicios. Los servicios del DMC-ODS incluyen:

- servicios de tratamiento ambulatorio
- servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- servicios de hospitalización parcial
- medicamentos para tratamiento de adicciones (también llamado Tratamiento Asistido con Medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial
- servicios de manejo de abstinencia
- programa de tratamiento de narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de atención
- servicios de apoyo de iguales
- servicios de intervención móvil en caso de crisis basados en la comunidad
- servicios de manejo de contingencias
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

Además de los servicios enumerados anteriormente, es posible que tenga acceso a servicios de desintoxicación voluntaria para pacientes hospitalizados si usted cumple los criterios.

Su PCP o proveedor de salud mental puede hacer una remisión para una evaluación de salud mental a un especialista dentro de su red, para decidir el nivel de atención que usted necesita. Si necesita ayuda para encontrar servicios de salud mental, puede contactar a Carelon Behavioral Health llamando al **1-855-765-9702** (TTY **1-800-735-2929**).

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

G. Servicios de Transporte

G1. Transporte Médico no de Emergencia (NEMT)

Usted tiene derecho a Transporte Médico no de Emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten utilizar un automóvil, autobús o taxi para sus citas. El Transporte Médico no de Emergencia puede ofrecerse para servicios cubiertos como citas médicas, dentales, de salud mental, por consumo de sustancias y de farmacia. Si necesita transporte médico no de emergencia, puede hablar con su PCP y pedírselo. Su PCP decidirá cuál es el mejor tipo de transporte que cubra sus necesidades. Si usted necesita Transporte Médico no de Emergencia, se lo recetará completando un formulario y presentándolo para su aprobación a Total Care Advantage. Dependiendo de su necesidad médica, la autorización es válida durante un año. Su PCP volverá a evaluar su necesidad de Transporte Médico no de Emergencia para renovar la aprobación cada 12 meses.

El Transporte Médico no de Emergencia es una ambulancia, camioneta para camilla, camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas, o transporte aéreo. Total Care Advantage permite el tipo de transporte de menor costo cubierto y el Transporte Médico no de Emergencia más adecuado para sus necesidades médicas cuando usted necesita transporte a su cita. Por ejemplo, si usted física o médicamente puede ser transportado en camioneta equipada para sillas de ruedas, Total Care Advantage no pagará una ambulancia. Usted solo tiene derecho a transporte aéreo cuando su estado médico hace imposible cualquier forma de transporte terrestre.

Debe usarse Transporte Médico no de Emergencia cuando:

- Usted lo necesita física o médicamente, según determine una autorización escrita de su PCP, porque usted no puede utilizar un autobús, taxi, automóvil o camioneta para llegar a su cita.
- Usted necesita ayuda del conductor para ir y venir de su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental.

Para pedir transporte médico que haya recetado su médico para **citas de rutina** no urgentes, llame a Total Care Advantage Transportation al **1-888-808-9323** (TTY: **711**) al menos 48 horas (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a mano su Tarjeta de ID de Miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Límites de transporte médico

Total Care Advantage cubre el transporte médico de menor costo que cubra sus necesidades médicas desde su domicilio hasta el proveedor más cercano en el que haya disponible una cita. No se proporcionará transporte médico si el servicio no está cubierto por Medicare o Medi-Cal. Si el tipo de cita está cubierto por Medi-Cal pero no dentro del plan de salud, Total Care Advantage le ayudará a programar su transporte. Hay una lista de servicios cubiertos en el **Capítulo 4** de este manual. No está cubierto el transporte fuera de la red ni el área de servicio de Total Care Advantage, salvo con autorización previa.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

G2. Transporte no médico (NMT)

Los beneficios de transporte no médico incluyen ir y volver de sus citas para un servicio autorizado por su proveedor. Puede obtener transporte, sin costo para usted, cuando usted:

- va y vuelve de una cita para un servicio autorizado por su proveedor, **o**
- recoge recetas y suministros médicos.

Total Care Advantage le permite utilizar un coche, taxi, autobús u otra forma pública/privada para llegar a su cita para servicios autorizados por su proveedor. Total Care Advantage utiliza Ventura Transit System (VTS) para organizar transporte no médico. Cubrimos el transporte no médico de menor costo que cubra sus necesidades.

A veces usted puede ser reembolsado por viajes en un vehículo particular que usted haya concertado. Total Care Advantage debe aprobar esto **antes** de que usted sea transportado, y usted debe decirnos por qué no puede viajar de otra forma, como tomando el autobús. Puede decírnoslo por teléfono o por correo electrónico, o en persona. **No puede usted ser reembolsado por conducir usted mismo**.

El reembolso por millaje requiere todo lo siguiente:

- la licencia de manejo del conductor.
- la matrícula del vehículo del conductor.
- prueba de seguro del vehículo para el conductor.

Para pedir transporte para servicios que hayan sido autorizados, llame a Total Care Advantage Transportation al **1-888- 808-9323** (TTY: **711**) al menos 48 horas (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a mano su Tarjeta de ID de Miembro a mano cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Nota: Los Miembros Indios Americanos pueden contactar a su Clínica de Salud India para pedir transporte no médico.

Límites de transporte no médico

Total Care Advantage proporciona el transporte no médico de menor costo que cubra sus necesidades desde su hogar hasta el proveedor más cercano en el que haya disponible una cita. **Usted no puede manejar usted mismo, ni se le puede reembolsar directamente a usted**.

No se aplica el transporte no médico si:

- Se necesita una ambulancia, camioneta para camillas, camioneta equipada para transporte en silla de ruedas u otro tipo de Transporte Médico no de Emergencia para llegar a un servicio.
- Usted necesita ayuda del conductor para ir y venir de la residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una afección física o médica.
- Usted está en una silla de ruedas y no puede entrar y salir del vehículo sin ayuda del conductor.
- El servicio no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesitan urgentemente, o durante un desastre

H1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como enfermedad, dolor severo, lesión grave, o una afección médica que está empeorando rápidamente. La situación es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted, o cualquiera que tenga un conocimiento medio de salud y medicina, podría esperar que tuviera como resultado:

- un riesgo grave para su vida o la de su bebé por nacer; **o**
- pérdida o daño grave en funciones corporales; **o**
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- en el caso de mujeres encinta en trabajo de parto activo, cuando:
  - » no hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del alumbramiento.
  - » el traslado a otro hospital puede suponer un riesgo para la salud o seguridad de usted o su bebé por nacer.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o utilice la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted **no** necesita aprobación ni remisión de su PCP. No es necesario que utilice un proveedor de la red; puede obtener atención médica de emergencia cubierta en cualquier momento en que la necesite, en cualquier lugar de los EE.UU. o sus territorios o en todo el mundo, de cualquier proveedor con la licencia estatal apropiada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Lo antes posible, informe a nuestro plan sobre su emergencia.** Nosotros hacemos seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, normalmente en el plazo de 48 horas. Sin embargo, usted no pagará por servicios de emergencia si se retrasa en informarnos. Puede encontrar el número de teléfono para contactarnos al dorso de su tarjeta de ID de miembro.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

La atención de emergencia a nivel mundial no la cubre Medicare Original, pero Total Care Advantage sí cubre este servicio como beneficio suplementario, siempre y cuando usted cumpla la definición de emergencia médica que figura en la **Sección H1** anterior.

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar de cualquier otro modo a la sala de emergencias podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos hasta el centro de tratamiento médico más cercano durante la emergencia. Si usted recibe transporte de emergencia fuera de

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

su área de servicio o los EE.UU. o sus territorios, no está cubierto el transporte de regreso al área de servicio o a los EE.UU. desde otro país. Para saber más, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.

Los proveedores que le proporcionan atención de emergencia deciden cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha acabado. Seguirán tratándolo y nos contactarán para hacer planes si usted necesita atención de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si usted recibe atención de emergencia de proveedores no pertenecientes a la red, intentaremos que proveedores de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible.

Obtención de atención de emergencia si no era una emergencia

A veces puede ser difícil saber si usted tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Puede que usted acuda a atención de emergencia y el médico diga que realmente no era una emergencia. Siempre y cuando usted pensara de forma razonable que su salud estaba en grave peligro, cubrimos su atención.

Sin embargo, una vez que el médico diga que no era una emergencia, cubrimos su atención adicional solo si:

- Usted utiliza un proveedor de la red o
- La atención adicional que usted recibe se considera "atención necesaria urgentemente" y usted cumple las reglas para recibirla. Consulte la sección siguiente.

H2. Atención necesaria urgentemente

La atención necesaria urgentemente es la que usted recibe para una situación que, sin ser una emergencia, necesita atención inmediatamente. Por ejemplo, puede que usted tenga un agravamiento de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevistas.

Atención necesaria urgentemente en el área de servicio de nuestro plan

Cubrimos atención necesaria urgentemente solo si:

- usted obtiene esta atención de un proveedor de la red **y**
- usted sigue las reglas que se describen en este Capítulo.

Si no es posible o razonable llegar a un proveedor de la red, dado el momento, lugar o circunstancias en las que está usted, cubrimos atención necesaria urgentemente que usted obtenga de un proveedor no perteneciente a la red. Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran necesarias urgentemente, incluso si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red está temporalmente no disponible.

Debe ir a un centro de atención urgente perteneciente a la red de Total Care Advantage cuando desee atención en el Condado de Ventura.

Atención necesaria urgentemente fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando esté fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda obtener atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre atención necesaria urgentemente que usted obtenga de cualquier proveedor. Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores médicamente necesarias (como las revisiones anuales) no se consideran necesarias urgentemente, incluso si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red está temporalmente no disponible.

Usted tiene cubiertos servicios de emergencia y atención urgente en todo el mundo cuando esté viajando fuera de los EE.UU. y sus territorios.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y necesarios urgentemente en todo el mundo fuera de los Estados Unidos y sus territorios si usted cumple la definición de atención necesaria urgentemente de la **Sección H2** anterior.

H3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de California, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran el estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a atención por parte de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesite durante un desastre declarado: **www.goldcoasthealthplan.org**.

Durante un desastre declarado, si usted no puede utilizar un proveedor de la red, puede recibir atención de proveedores no pertenecientes a la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos en una farmacia no perteneciente a la red. Para más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

I. Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos

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

No debe pagar la factura usted mismo; es posible que no podamos reembolsarle.

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determina que son médicamente necesarios, **y**
- que están enumerados en la Tabla de Beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*), **y**
- que usted obtenga siguiendo las reglas del plan.

Si obtiene servicios que no cubre nuestro plan, **usted paga la totalidad del costo usted mismo**, a menos que esté cubierto por otro programa de Medi-Cal fuera de nuestro plan.

Si quiere saber si pagamos por cualquier atención o servicio médico, usted tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedirlo por escrito. Si decimos que no pagaremos por sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* explica qué hacer si usted quiere que cubramos un artículo o servicio médico. También le dice cómo apelar nuestra decisión sobre cobertura. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber más acerca de sus derechos de apelación.

Algunos servicios los pagamos hasta un cierto límite. Si usted supera el límite, usted paga la totalidad del costo para obtener más de ese tipo de servicio. Para conocer los límites específicos de beneficios, consulte el **Capítulo 4**. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber cuáles son los límites de beneficios y cuánto de sus beneficios ha utilizado usted.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

J. Cobertura de servicios de atención de salud en un estudio de investigación clínica

J1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos o atención de salud. Por lo general, los estudios clínicos aprobados por Medicare piden voluntarios para participar en el estudio. Cuando usted está en un estudio de investigación clínica, usted puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir obteniendo el resto de su atención (atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea tomar parte en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** es necesario que nos lo diga, ni que obtenga aprobación de nosotros o de su proveedor de atención primaria. **No** es necesario que los proveedores que le ofrecen atención como parte del estudio sean proveedores de la red. Esto no se aplica a beneficios cubiertos que requieran un ensayo o registro clínico para evaluar el beneficio, incluyendo ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencias (NCDs-CED, por sus siglas en inglés) y estudios con exención de dispositivo de investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Le recomendamos que nos lo comunique antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si usted tiene previsto formar parte de un estudio de investigación clínica, cubierto para personas inscritas por parte de Medicare Original, le recomendamos a usted o a su coordinador de atención que contacten al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos que participará en un ensayo clínico.

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

Si se presenta voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no paga nada por los servicios cubiertos dentro del estudio. Medicare paga por los servicios cubiertos dentro del estudio, así como los costos de rutina asociados a su atención. Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted está cubierto para la mayoría de los servicios y artículos que recibe como parte del estudio, lo cual incluye:

- habitación y comidas en una estancia hospitalaria que pagaría Medicare incluso si usted no participara en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación
- tratamiento de cualquier efecto secundario y complicaciones de la atención nueva

Si usted se presenta voluntario para un estudio de investigación clínica, pagamos cualesquiera costos que no apruebe Medicare, pero sí apruebe nuestro plan. Si usted es parte de un estudio que no haya aprobado Medicare o Total Care Advantage, usted pagará cualquier costo por formar parte del estudio.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

J3. Más información sobre estudios de investigación clínica

Puede saber más sobre unirse a un estudio de investigación clínica leyendo "Medicare y Estudios de Investigación Clínica" en el sitio web de Medicare (**www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf)**). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**; los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

K. Cómo se cubren sus servicios de salud en un centro de atención de salud religioso no médico

K1. Definición de centro de atención de salud religioso no médico

Un centro de atención de salud religioso no médico es un lugar que proporciona los cuidados que usted normalmente obtendría en un hospital o un centro de enfermería especializada. Si obtener atención en un hospital o centro de enfermería especializada es contrario a sus creencias religiosas, cubrimos atención en un centro de atención de salud religioso no médico.

Este beneficio es solo para servicios para pacientes hospitalizados de Medicare Parte A (servicios de atención de salud no médicos).

K2. Atención por parte de un centro de atención de salud religioso no médico

Para obtener atención por parte de un centro de salud religioso no médico, usted debe firmar un documento legal que diga que usted está en contra de recibir tratamiento médico que sea "no exceptuado."

- Tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier atención o tratamiento que es **voluntario y no es obligatorio** conforme a ninguna ley federal, estatal o local.
- Tratamiento médico "exceptuado" es cualquier atención o tratamiento que **no es voluntario y es obligatorio** conforme a la ley federal, estatal o local.

Para estar cubierta por nuestro plan, la atención que usted reciba de un centro de atención de salud religioso no médico debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si usted obtiene servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro:
  - Usted debe tener una afección médica que le permitiría obtener servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o de un centro de enfermería especializada.
  - Usted debe recibir autorización nuestra antes de ingresar en el centro, o su estancia **no** estará cubierta.

Usted está cubierto hasta un máximo de 90 días por periodo de beneficio por parte de un proveedor de atención de salud religioso no médico al mismo costo que una estancia hospitalaria como paciente ingresado. Para más información, consulte la tabla de beneficios en el **Capítulo 4**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

El DME incluye ciertos artículos médicamente necesarios que ordena un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón con motor, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación de voz y suministros para oxígeno, nebulizadores y andadores.

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

Otros tipos de DME debe alquilarlos. Como miembro de nuestro plan, usted normalmente no será propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente de cuánto tiempo los tenga alquilados.

En algunas situaciones limitadas le transferimos a usted la propiedad del DME. Para más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono en la parte inferior de la página.

Incluso si ha tenido el DME durante un máximo de 12 meses consecutivos dentro de Medicare antes de unirse a nuestro plan, usted no será propietario del equipo.

L2. Propiedad del DME si usted cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se convierten en propietarios de él después de 13 meses. En un plan de Medicare Advantage (MA), el plan puede fijar el número de meses durante los que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de convertirse en propietarias.

Como miembro de Total Care Advantage, usted no paga nada por artículos de DME cubiertos y puede ser propietario del artículo de DME dependiendo del tipo de artículo que se proporcione.

Si usted ya no tiene Medi-Cal, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos dentro de Medicare Original, o tendrá que hacer el número de pagos consecutivos que fije el plan de MA, para convertirse en propietario del artículo de DME si:

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

Si usted hizo pagos por el artículo de DME dentro de Medicare Original o un plan de MA antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o plan de MA no cuentan para los pagos que usted necesita hacer después de dejar nuestro plan**.

- Usted tendrá que hacer 13 pagos nuevos consecutivos dentro de Medicare Original o el número de pagos nuevos consecutivos fijados por el plan MA para ser propietario del artículo de DME.
- No hay excepciones a esto cuando usted vuelve a Medicare Original o a un plan MA.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

L3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

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

- alquiler de equipo de oxígeno
- entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- mantenimiento y reparaciones de equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no sea médicamente necesario para usted, o si usted abandone nuestro plan.

L4. Equipo de oxígeno cuando usted cambia a Medicare Original o a otro plan de Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y cambia a Medicare Original**, usted lo alquila a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos de alquiler mensual cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios enumerados más arriba. Medicare y Medi-Cal cubren estos pagos si usted está todavía inscrito en Medicare y Medi-Cal.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de que usted lo haya alquilado durante 36 meses**, su proveedor debe suministrar:

- equipo de oxígeno, suministros y servicios para otros 24 meses
- equipo de oxígeno y suministros para un máximo de 5 años si es médicamente necesario

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

- Ya no tiene que suministrarlo su proveedor, y usted puede elegir obtener equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo periodo de 5 años.
- Usted lo alquila a un proveedor durante 36 meses.
- A continuación su proveedor proporciona el equipo de oxígeno, suministros y servicios durante otros 24 meses.
- Cada 5 años comienza un ciclo nuevo mientras sea médicamente necesario el equipo de oxígeno.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario **y usted abandona nuestro plan y cambia a otro plan de MA**, el plan cubrirá como mínimo lo que cubre Medicare Original, Puede preguntar a su nuevo plan de MA qué equipo y suministros de oxígeno cubre, y cuáles serán los costos que pagará usted.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios

Introducción

Este Capítulo le habla de los servicios que cubre nuestro plan y cualesquiera restricciones o límites de esos servicios. También le habla de los beneficios que no cubre nuestro plan. Los términos clave aparecen con sus definiciones en el último Capítulo de este Manual para Miembros.

Nuevos miembros de Total Care Advantage: En la mayoría de los casos usted será inscrito en Total Care Advantage para sus beneficios de Medicare el 1º día del mes después que usted solicite ser inscrito en Total Care Advantage. Usted puede seguir recibiendo sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de eso, usted recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Total Care Advantage. No habrá ninguna interrupción de su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, por favor, llámenos al **1-888-301-1228** (TTY: **711**).

Índice

A. Sus servicios cubiertos y sus gastos de bolsillo 77

B. Reglas que impiden a los proveedores cobrarle por los servicios 78

C. Sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan 79

D. La Tabla de Beneficios de nuestro plan 81

E. Apoyos Comunitarios 128

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan 138

F1. Transiciones a la Comunidad de California (CCT) 138

F2. Medi-Cal Dental 138

F3. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) 139

F4. Servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS) cubiertos por la Exención 1915(c) 139

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

F5. Servicios de Salud del Comportamiento del Condado proporcionados fuera de nuestro Plan 142

F6. Servicios para Adultos basados en la Comunidad (CBAS).....143

G. Beneficios que no cubren nuestro plan, Medicare, ni Medi-Cal 145

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

A. Sus servicios cubiertos y sus gastos de bolsillo

Este Capítulo le habla de los servicios que cubre nuestro plan. También puede aprender sobre servicios que no están cubiertos. La información sobre beneficios de medicamentos está en el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*. Este Capítulo también explica los límites de algunos servicios.

Dado que usted obtiene ayuda de Medi-Cal, usted no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando cumpla las reglas de nuestro plan. Si desea conocer detalles sobre las reglas de nuestro plan, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros*.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de atención y/o al Departamento de Servicios para Miembros al **1-888-301-1228** (TTY: **711**).

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

B. Reglas que impiden a los proveedores cobrarle por los servicios

No permitimos a nuestros proveedores cobrarle por servicios cubiertos dentro de la red. Nosotros pagamos directamente a nuestros proveedores y le protegemos a usted frente a cualquier cargo. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio.

Usted no debería recibir nunca una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si la recibe, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

C. Sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios le dice los servicios que paga nuestro plan; enumera los servicios y los explica.

Pagamos por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios cuando se cumplen las reglas siguientes. Usted **no** paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla los requisitos que se describen a continuación.

- Proporcionamos servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal según las reglas que fijan Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios que incluyen atención médica, servicios de salud del comportamiento y por consumo de sustancias, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, equipo y medicamentos deben ser "médicamente necesarios". Se entiende por "médicamente necesarios" o "necesidad médica" los servicios razonables y necesarios para proteger la vida, para evitar una enfermedad significativa o una discapacidad significativa, o aliviar un dolor severo mediante el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, afección o lesión, según exigen la Sección 14059.5(a) del Código de Bienestar e Instituciones y la Sección 51303(a) del Título 22 del CCR.
- Para nuevos inscritos, durante los primeros 90 días puede que no le pidamos que obtenga autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor no perteneciente a la red.
- Usted obtiene su atención de un proveedor de la red, que es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, no estará cubierta la atención que usted obtenga de un proveedor no perteneciente a la red a menos que sea una emergencia o atención necesaria urgentemente, o a menos que le haya dado una remisión un proveedor de la red. El **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* tiene más información sobre el uso de proveedores de la red y no pertenecientes a la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o un equipo de atención que proporciona y maneja su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda utilizar un proveedor que no sea su PCP o utilizar otros proveedores de la red de nuestro plan; esto se llama "remisión". El **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* contiene más información sobre cómo obtener una remisión y cuándo usted no la necesita.
- Cubrimos algunos servicios enumerados en la Tabla de Beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación; esto se llama autorización previa (PA). Marcamos los servicios cubiertos en la Tabla de Beneficios que necesitan PA con una nota al pie. Además, debe obtener PA para los siguientes servicios ambulatorios no enumerados en la Tabla de Beneficios:
  - servicios intensivos de tratamiento de día
  - servicios de rehabilitación de día
  - servicios de intervención en caso de crisis
  - servicios de estabilización en caso de crisis
  - servicios móviles en caso de crisis
  - servicios de apoyo de iguales
- Si su plan aprueba una petición de PA para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante todo el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar perturbaciones en la atención basándose en criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor que le trate.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- Si usted pierde sus beneficios de Medi-Cal dentro del periodo de cuatro meses en los que se considera que continúa la elegibilidad, sus beneficios de Medicare en este plan continuarán. Sin embargo, es posible que no esté cubierto su servicio de Medi-Cal. Contacte a la oficina de elegibilidad de su condado o a Health Care Options para obtener información sobre su elegibilidad para Medi-Cal. Puede que conserve sus beneficios de Medicare, pero no sus beneficios de Medi-Cal.

Información Importante sobre Beneficios para Miembros con Ciertas Afecciones Crónicas

- Si usted tiene alguna de la(s) afección(es) crónica(s) enumerada(s) a continuación y cumple ciertos criterios médicos, puede que sea elegible para beneficios adicionales:
  - enfermedad de Alzheimer
  - esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
  - anemia
  - asma
  - fibrilación atrial
  - cáncer
  - enfermedad renal crónica (CKD, por sus siglas en inglés)
  - insuficiencia cardiaca crónica
  - enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
  - diabetes
  - epilepsia
  - VIH / SIDA
  - hipertensión
  - trastorno depresivo grave
  - esclerosis múltiple (EM)
  - enfermedad vascular periférica
  - fibrosis pulmonar
  - embolia
- Además de tener una o más de las afecciones crónicas enumeradas más arriba, usted debe tener un riesgo alto de ser hospitalizado y de recibir servicios de administración de caso.
- Para más información, consulte la fila “Ayuda con ciertas condiciones crónicas” en la Tabla de Beneficios.
- Si desea información adicional, contáctenos llamando a los números en la parte inferior de la página.

Todos los servicios de prevención son gratuitos. Esta manzana muestra los servicios de prevención en la Tabla de Beneficios.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

D. La Tabla de Beneficios de nuestro plan

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Evaluación de aneurisma de aorta abdominal Pagamos una evaluación única por ultrasonidos para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta evaluación si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermera con práctica médica o enfermera clínica especialista. **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	$0
	Acupuntura Pagamos un máximo de dos servicios ambulatorios de acupuntura en cualquier mes calendario específico, o más a menudo si son médicamente necesarios. También pagamos un máximo de 12 visitas de acupuntura en 90 días si usted tiene dolor lumbar crónico, que se define como: • de 12 semanas o más de duración; • no específico (que no tiene causa sistémica que pueda identificarse, como no estar asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no asociado con cirugía; **y** • no asociado con embarazo. Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para dolor lumbar crónico si usted muestra mejora. Usted no puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para dolor lumbar crónico cada año. Los tratamientos de acupuntura deben interrumpirse si usted no mejora, o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (tal y como se definen en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (“la Ley”) pueden ofrecer acupuntura, conforme a los requisitos estatales aplicables. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Acupuntura (continuación) Los asistentes médicos (PA), enfermeras con práctica médica (NP)/ enfermeras clínicas especialistas (CNS) (según se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y personal auxiliar pueden ofrecer acupuntura si cumplen todos los requisitos aplicables del estado y tienen: • una maestría o título a nivel de doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • una licencia actualizada, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un Estado, Territorio o Commonwealth (por ejemplo, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, asistente médico o NP/ CNS según requieren nuestros reglamentos en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	
	Evaluación y consejería para mal uso del alcohol Pagamos una evaluación de mal uso del alcohol (SABIRT) para adultos que hacen mal uso del alcohol, pero no son dependientes del alcohol. Esto incluye a mujeres embarazadas. Si usted es evaluado como positivo para mal uso del alcohol, puede recibir hasta cuatro sesiones de consejería breve presenciales cada año (si usted está capacitado y alerta durante la consejería) con un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o profesional cualificado en un entorno de atención primaria.	$0
	Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, tanto en situaciones de emergencia como no de emergencia, incluyen terrestres y aéreos (aviones y helicópteros). La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda proporcionarle atención. Su afección debe ser lo bastante grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención podrían poner en peligro su salud o su vida. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de ambulancia (continuación) Los servicios de ambulancia para otros casos (no emergencias) debemos aprobarlos nosotros. En casos que no sean emergencias, puede que paguemos una ambulancia. Su afección debe ser lo bastante grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención podrían poner en peligro su salud o su vida. **Nota:** La ambulancia aérea requiere autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	
	Visita anual de bienestar Puede recibir una revisión anual, para crear o actualizar un plan de prevención basado en sus factores actuales de riesgo. Pagamos por esto una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera visita anual de bienestar no puede tener lugar dentro de los 12 meses tras su visita de **Bienvenido a Medicare**. Sin embargo, no es necesario que usted haya tenido una visita de **Bienvenido a Medicare** para obtener visitas anuales de bienestar después de haber tenido Parte B durante 12 meses.	$0
	Servicios de Prevención del Asma Puede recibir educación para el asma y una evaluación del entorno de su hogar para detectar desencadenantes que se encuentran habitualmente en el hogar para personas con asma mal controlado. **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	$0
	Densitometría ósea Pagamos por ciertos procedimientos para miembros que califican (por lo general, personas en riesgo de pérdida de masa ósea o en riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican masa ósea, detectan la pérdida ósea o averiguan la calidad de los huesos. Pagamos por los servicios una vez cada 24 meses, o con más frecuencia si es médicamente necesario. También pagamos para que un médico examine y comente los resultados.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Evaluación de cáncer de seno (mamografías) Pagamos por los servicios siguientes: • una mamografía de referencia entre las edades de 35 y 39 años • una mamografía de evaluación cada 12 meses para mujeres de 40 años de edad y mayores • exámenes clínicos del seno una vez cada 24 meses	$0
	Servicios de rehabilitación cardiaca (del corazón) Pagamos por servicios de rehabilitación cardiaca, como ejercicio, educación y consejería. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener la remisión de un médico. También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardiaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardiaca. **Nota:** Necesita una remisión de su médico y grupo médico / clínica.	$0
	Visita de reducción de riesgo cardiovascular (del corazón) (terapia para enfermedades del corazón) Pagamos una visita al año, o más si es médicamente necesario, a su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad del corazón. Durante la visita, puede que su médico: • hable del uso de aspirina, • compruebe su presión sanguínea, **y/o** • le dé consejos para asegurarse de que está comiendo bien.	$0
	Pruebas de evaluación de enfermedad cardiovascular (del corazón) Pagamos por análisis de sangre para comprobar riesgo cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también comprueban defectos debidos a riesgo alto de enfermedad cardiovascular. **Nota:** Necesita una remisión de su médico y grupo médico / clínica.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de apoyo a cuidadores Total Care Advantage cubre servicios de apoyo a cuidadores mediante una colaboración con agencias locales basadas en la comunidad dentro del Condado de Ventura. Dependiendo del tema, los servicios están disponibles en persona y en clases virtuales. Las clases pueden incluir, sin limitarse a ello, las siguientes: • grupos de apoyo a cuidadores • serie de cuidados de demencia • seminarios de consejería para cuidadores • cómo abordar el estrés • cómo abordar el síndrome de quemado del cuidador y abordar los desafíos de proporcionar cuidados Para informarse sobre servicios de apoyo a cuidadores en su área, por favor, contacte al Departamento de Servicios para Miembros en el número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página. **Nota:** Necesita una remisión de su Coordinador de Atención.	$0
	Evaluación de cáncer cervical y vaginal Pagamos por los servicios siguientes: • para todas las mujeres: pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos cada 24 meses • para mujeres con riesgo alto de cáncer cervical o vaginal: una prueba de Papanicolau cada 12 meses • para mujeres que han tenido un resultado de Papanicolau anormal dentro de los últimos tres años y están en edad de tener hijos: una prueba de Papanicolau cada 12 meses • para mujeres entre 30 y 65 de edad: pruebas del virus del papiloma humano (VPH) o pruebas de VPH Papanicolau plus una vez cada 5 años	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Servicios quiroprácticos Pagamos por los servicios siguientes: • ajustes de la columna vertebral para corregir alineación • tratamiento de la columna vertebral mediante manipulación manual Los servicios quiroprácticos ambulatorios están limitados a un máximo de dos servicios al mes, o en combinación con dos servicios al mes para incluir: acupuntura, audiología, terapia ocupacional y terapia del habla.	$0
	Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios médicos cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de atención.	$0
	Evaluación de cáncer colorrectal Pagamos por los servicios siguientes: • La colonoscopia no tiene límite máximo ni mínimo de edad, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no son de alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para parientes que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de evaluación. • Está cubierta la colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años y mayores que no tengan un riesgo alto de cáncer colorrectal cuando hayan pasado al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de evaluación, o cuando hayan pasado 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de evaluación. Para pacientes con riesgo alto de cáncer colorrectal puede pagarse una colonografía por tomografía computarizada de evaluación realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de evaluación o se realizó la última colonoscopia de evaluación. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Evaluación de cáncer colorrectal (continuación) • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años y mayores. Una vez cada 120 meses para pacientes que no sean de alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de evaluación. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años y mayores. Una vez cada 12 meses. • Prueba multiobjetivo de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores basados en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de evaluación o la última colonoscopia de evaluación. • Enema de bario como alternativa a sigmoidoscopia flexible para pacientes que no sean de alto riesgo y de 45 años o más. Una vez al menos 48 meses tras el último enema de bario de evaluación o sigmoidoscopia flexible de evaluación. • Las pruebas de evaluación de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de evaluación de seguimiento después de que una prueba de evaluación no invasiva basada en heces cubierta por Medicare muestre un resultado positivo. • Las pruebas de evaluación del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible planificada de detección o colonoscopia de detección que incluye la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de evaluación, como resultado de ella y en el mismo encuentro clínico. **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Servicios dentales Pagamos por ciertos servicios dentales, incluyendo, aunque sin limitarse a ellos, limpiezas, empastes y dentaduras postizas. Lo que no cubrimos está disponible a través de Medi-Cal Dental, descrito en la **Sección F2** más adelante. Pagamos por algunos servicios dentales cuando el servicio sea una parte integrante del tratamiento específico de la afección principal de la persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación de tratamiento con radiación de cáncer que afecte a la mandíbula, o exámenes dentales previos a trasplante de órganos. Los servicios dentales rutinarios los proporcionará Medi-Cal Dental. Para más detalles, consulte la Sección F2 después de esta tabla, llamada "Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan". **Nota:** Necesita una remisión y/o autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	$0
	Evaluación de depresión Pagamos una evaluación de depresión cada año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda ofrecerle tratamiento de seguimiento y/o remisiones.	$0
	Evaluación de diabetes Pagamos esta evaluación (incluye prueba de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión sanguínea alta (hipertensión) • historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • historial de azúcar alto en sangre (glucosa) Puede que estén cubiertas pruebas en algunos otros casos, como si usted tiene sobrepeso y tiene un historial familiar de diabetes. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Evaluación de diabetes (continuación) Usted puede reunir los requisitos para un máximo de dos evaluaciones de diabetes cada 12 meses tras la fecha de su prueba de evaluación de diabetes más reciente. **Nota:** Necesita una remisión de su médico y grupo médico / clínica.	
	Capacitación, servicios y suministros para automanejo de la diabetes Pagamos por los servicios siguientes para todas las personas que tienen diabetes (tanto si utilizan insulina como si no): • suministros para monitorear su glucosa en sangre, incluyendo lo siguiente: » un monitor de glucosa en sangre » tiras reactivas de glucosa en sangre » lancetas y dispositivos para lancetas » soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y monitores • Para personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave, pagamos lo siguiente: » un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluyendo plantillas), incluyendo el ajuste y dos pares extra de plantillas cada año calendario, o » un par de zapatos de profundidad, incluyendo el ajuste y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas que se proporcionan con esos zapatos) • En algunos casos, pagamos capacitación para ayudarle a manejar su diabetes. Para saber más, contacte al Departamento de Servicios para Miembros. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Capacitación, servicios y suministros para automanejo de la diabetes (continuación) Para los pedidos de suministros para diabetes, como lancetas, tiras reactivas y monitores continuos de glucosa, se prefieren los siguientes fabricantes: • Abbott • Dexcom • Ascensia Si se hace pedidos a otros fabricantes para suministros para diabetes que no sean preferidos, esos suministros requerirán autorización previa. **Nota:** Necesita una remisión de su médico y grupo médico / clínica.	
	Servicios de Doula Para personas encinta, pagamos por nueve visitas a una doula durante el periodo prenatal y posparto, así como apoyo durante el trabajo de parto y el alumbramiento. También puede que se proporcione un máximo de nueve visitas posparto adicionales.	$0
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados Consulte en el **Capítulo 12** de este *Manual para Miembros* la definición de "Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)." Cubrimos los productos siguientes: • sillas de ruedas, incluyendo sillas de ruedas eléctricas • muletas • sistemas de colchón con motor • colchón antiescaras • suministros para diabetes • camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en casa • bombas de infusión intravenosa (IV) y soporte • dispositivos de generación de voz • equipo y suministro de oxígeno **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) • nebulizadores • andadores • bastón estándar de mango curvo o bastón de cuatro patas y suministros de repuesto • tracción cervical (con polea de puerta) • estimulador óseo • equipo para cuidado de la diálisis Puede que estén cubiertos otros artículos. Pagamos por todo el DME médicamente necesario que pagan normalmente Medicare y Medi-Cal. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o fabricante específico, puede preguntarles si pueden pedirlo especialmente para usted. **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	$0
	Atención de emergencia "Atención de emergencia" designa servicios que: • son proporcionados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, **y** • son necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor severo o afección médica que está empeorando rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría pensar que daría lugar a: • un riesgo grave para su vida o la de su bebé por nacer; o • pérdida o daño grave en funciones corporales; o • disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 Si usted recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después que se haya estabilizado su emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que siga pagándose por su atención. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para su atención hospitalaria solo si nuestro plan aprueba su estancia.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Atención de emergencia (continuación) • Pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. • en el caso de mujeres encinta en trabajo de parto activo, cuando: » no hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del alumbramiento. » el traslado a otro hospital puede suponer un riesgo para la salud o seguridad de usted o su bebé por nacer. El plan también cubre atención de emergencia hasta $100,000 por año para evaluar o estabilizar afecciones médicas de emergencia cuando usted esté viajando fuera de los EE.UU. y sus territorios. No todos los hospitales o médicos fuera de los EE.UU. aceptan Medicare o Medi-Cal. Si usted necesita servicios de emergencia estando en el extranjero, puede que tenga que adelantar usted el dinero. Para solicitar el reembolso de servicios de emergencia, debe proporcionar recibos detallados y pormenorizados que describan los servicios recibidos. Los servicios de emergencia a nivel mundial no cubren servicios de rutina y de atención preventiva, incluyendo medicamentos con receta rutinarios.	
	Servicios de planificación familiar La ley le permite escoger cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o no perteneciente a ella, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u consulta de planificación familiar. Pagamos por los servicios siguientes: • examen de planificación familiar y tratamiento médico • pruebas de laboratorio y diagnósticas de planificación familiar • métodos de planificación familiar (CIU/DIU, implantes, inyecciones, píldoras de control de natalidad, parche o anillo) • suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, film, diafragma, capuchón cervical) **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de planificación familiar (continuación) • servicios limitados de fertilidad, como consejería y educación sobre técnicas de concienciación de fertilidad y/o consejería, pruebas y tratamiento anteriores a la concepción para enfermedades de transmisión sexual (ETS) • consejería y pruebas de VIH y SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH • anticoncepción permanente (usted debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento para esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la operación.) • consejería genética También pagamos por otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, para los siguientes servicios debe usar un proveedor de nuestra red: • tratamiento para afecciones médicas de infertilidad (Este servicio no incluye formas artificiales de quedar encinta.) • tratamiento para SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • pruebas genéticas	$0
	Forma física El beneficio de forma física One Pass es un programa de forma física todo en uno, disponible para los miembros de Total Care Advantage. Los servicios incluyen: • acceso a una gran red nacional de estudios de forma física y gimnasios participantes • opciones de forma física en casa, incluyendo clases de forma física en línea • ejercicios y juegos en línea para entrenamiento cerebral • actividades sociales y comunitarias Dependiendo de la ubicación, puede que algunos gimnasios tengan limitaciones. Usted tendrá acceso a servicios estándar en un centro de forma física. No se incluye ningún servicio que suela requerir una tasa adicional. Para encontrar gimnasios en su área, busque el localizador de gimnasios One Pass en la página **www.goldcoasthealthplan.org**.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Programas de educación para la salud y el bienestar Ofrecemos muchos problemas enfocados en ciertas afecciones de salud, que incluyen: • clases de educación para la salud; • clases de educación sobre nutrición; • cesación de fumar y de consumo de tabaco; y • línea de atención telefónica de enfermería **Nota:** Los servicios de cesación del tabaquismo necesitan una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	$0
	Servicios de audición Pagamos por pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le dicen si usted necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención ambulatoria cuando usted las obtiene de un médico, audiólogo u otro proveedor cualificado. También pagamos audífonos cuando los receta un médico u otro proveedor cualificado, incluyendo: • moldes, suministros y puntas • reparaciones • un juego inicial de baterías • seis visitas para capacitación, ajustes y ajuste con el mismo proveedor después de que usted reciba el audífono • alquiler de audífonos durante el periodo de prueba • dispositivos de ayuda auditiva, dispositivos de audición exteriores de conducción ósea • servicios de audiología y evaluación posterior relacionados con el audífono **Nota:** Las pruebas de audición y equilibrio por parte de un audiólogo o especialista requieren una remisión de su médico y grupo médico / clínica. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios de audición (continuación) **Servicios suplementarios de audición** **Examen Auditivo:** 1 examen auditivo de rutina por año. **Audífonos:** Hasta dos audífonos (incluidos los moldes auditivos, si es necesario) cada año (límite de 1 por oído). El beneficio se limita a los audífonos de las marcas Widex-, Signia-, y TruHearing- en el catálogo TruHearing correspondiente. Están disponibles los estilos recargables. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. Llame al **1-833-723-3311** (TTY: **711**) para programar una cita. La compra de audífonos incluye: • Primer año de visitas de seguimiento con el proveedor • Período de prueba de 60 días • Garantía del fabricante de 3 años • 80 baterías por audífono para modelos no recargables El beneficio **no** incluye ni cubre ninguno de los siguientes: • Audífonos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) • Accesorios para audífonos • Visitas adicionales al proveedor • Baterías adicionales; baterías cuando se compra un audífono recargable • Audífonos que no están en el catálogo correspondiente • Costos asociados con reclamos de garantía por pérdida y daño Los costos asociados con los artículos excluidos son la responsabilidad del miembro y **no** están cubiertos por el plan.	$0 por prueba de audición $0 ajuste de audífono $0 por audífonos Un máximo de dos audífonos cada año.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Ayuda con ciertas condiciones crónicas Puede que usted tenga cubiertos los beneficios a continuación si cumple los siguientes criterios para Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés): • Tener una o más afección(es) crónica(s) • Alto riesgo de hospitalización o resultado de salud adverso • Requiere coordinación intensiva de atención Cubrimos las siguientes condiciones crónicas para SSBCI: • dependencia crónica del alcohol/de drogas • trastorno autoinmune • cáncer • trastorno cardiovascular • insuficiencia cardiaca crónica • demencia • diabetes mellitus • enfermedad del hígado en etapa final • enfermedad renal en etapa final (ESRD) que requiera diálisis • trastorno hematológico (de la sangre) grave • VIH/SIDA • trastorno pulmonar crónico • afección de salud mental crónica e incapacitante • trastorno neurológico • embolia Si usted califica para SSBCI, puede que reciba los siguientes beneficios de SSBCI: • Transporte no médico a ubicaciones específicas Para más información, consulte “Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI)” más adelante en esta tabla.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Evaluación de VIH Pagamos un examen de evaluación de VIH cada 12 meses para personas que: • pidan una prueba de evaluación de VIH, **o** • tengan un riesgo incrementado de infección por VIH. Si usted está encinta, pagamos un máximo de tres pruebas de evaluación de VIH durante un embarazo. También pagamos evaluación(es) adicional(es) de VIH cuando las recomiende su proveedor. **Nota:** Necesita una remisión de su médico y grupo médico / clínica.	$0
	Atención de agencia de salud a domicilio Antes de que usted pueda obtener servicios de salud a domicilio, debe decirnos un médico que usted los necesita, y debe proporcionarlos una agencia de salud a domicilio. Usted debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de casa supone un gran esfuerzo. Pagamos por los servicios siguientes y quizá otros servicios no enumerados aquí: • servicios de enfermería especializada y ayudantes de salud a domicilio a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos dentro del beneficio de atención de salud a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y ayudante de salud a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas diarias y 35 horas a la semana.) • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipo y suministros médicos **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Terapia de infusión a domicilio Nuestro plan paga terapia de infusión a domicilio, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en vena o se aplican bajo la piel y se le proporcionan a usted en su hogar. Para realizar infusión a domicilio se necesita lo siguiente: • el medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • equipo, como una bomba; **y** • suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre servicios de infusión a domicilio, incluyendo, aunque sin limitarse a ellos: • servicios profesionales, incluyendo servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación y educación para el miembro que no estén ya incluidos en el beneficio de DME; • monitoreo remoto; **y** • servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos para infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio. **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	$0
	Cuidados en hospicio Usted tiene derecho a elegir hospicio si su proveedor y director médico de hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal; esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Puede obtener cuidados de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluyendo programas de los que somos propietarios, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor no perteneciente a la red. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Cuidados de hospicio (continuación) Los servicios cubiertos incluyen: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • atención de relevo a corto plazo • atención a domicilio **Los servicios de hospicio y servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare:** • Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio sus servicios de hospicio y cualesquiera servicios de Parte A o B relacionados con su enfermedad terminal. Mientras usted esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. **Para servicios cubiertos por nuestro plan pero no por Medicare Parte A o Medicare Parte B:** • Nuestro plan cubre servicios no cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B. Cubrimos los servicios tanto si están relacionados con su pronóstico terminal como si no. Usted no paga nada por estos servicios. **Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de nuestro plan:** • Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si desea más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*. **Nota:** Si usted tiene una enfermedad grave, es posible que sea elegible para cuidados paliativos, que proporcionan cuidados basados en un equipo centrados en el paciente y la familia para mejorar su calidad de vida. Puede recibir cuidados paliativos al mismo tiempo que cuidados curativos/regulares. Para más información, por favor, consulte la Sección sobre Cuidados Paliativos. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Cuidados de hospicio (continuación) **Nota:** Si necesita cuidados que no sean de hospicio, llame a su coordinador de atención y/o al departamento de servicios para miembros para concertar los servicios. Los cuidados no de hospicio son los cuidados no relacionados con su pronóstico terminal.	
	Inmunizaciones Pagamos por los servicios siguientes: • vacunas contra la neumonía • vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunaciones adicionales para gripe si son médicamente necesarios • vacunas contra la hepatitis B, si usted tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • vacunas contra el COVID-19 • vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) • otras vacunas, si usted está en riesgo, y cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B Pagamos por otras vacunas que cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Para saber más, consulte el **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros*.	$0
	Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados Pagamos por los servicios siguientes y otros servicios médicamente necesarios no enumerados aquí: • habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • comidas, incluyendo dietas especiales • servicios regulares de enfermería • costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios • medicamentos y medicinas • pruebas de laboratorio **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 Usted debe obtener autorización de nuestro plan para obtener atención como paciente ingresado en un hospital no perteneciente a la red después de haberse estabilizado su emergencia.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (continuación) • radiografías y otros servicios de radiología • suministros quirúrgicos y médicos necesarios • aparatos, como sillas de ruedas • servicios de sala de operaciones y recuperación • terapia física, ocupacional y habla • servicios para abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato a trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplante están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede obtener sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si nuestro plan proporciona servicios de trasplantes fuera del patrón de atención de su comunidad y usted obtiene obtener su trasplante allí, organizamos o pagamos el alojamiento y costos de viaje para usted y una persona más. • sangre, incluyendo almacenamiento y administración • servicios de médicos **Nota:** Para ser hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para que usted sea admitido formalmente como paciente ingresado en el hospital. Incluso si usted pasa la noche en el hospital, puede que usted siga siendo considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si usted es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada *Beneficios Hospitalarios de Medicare*, disponible en **Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf** o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Usuarios de TTY, llamen al **1-877-486-2048**. **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Pagamos por servicios de salud mental que requieran estancia hospitalaria. • Si usted necesita servicios como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico independiente, nosotros pagamos por los primeros 190 días. Después, la agencia local de salud mental del condado paga por los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados médicamente necesarios. La autorización para atención más allá de los 190 días se coordina con la agencia de salud mental local del condado. » El límite de 190 días no se aplica a servicios de salud mental como paciente ingresado proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general • Si tiene 65 años o más, pagamos por los servicios que obtenga en un Instituto para Enfermedades Mentales (IMD). **Nota:** Requiere autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	$0
	Estancias como paciente hospitalizado: servicios cubiertos en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una estancia como paciente hospitalizado no cubierta Nosotros no pagamos su estancia como paciente hospitalizado si usted ha utilizado todo su beneficio como paciente hospitalizado o si la estancia no es razonable y médicamente necesaria. Sin embargo, en ciertas situaciones en la que no está cubierta la atención hospitalizada, puede que paguemos por servicios que usted reciba mientras está en un hospital o centro de enfermería. Para saber más, contacte al Departamento de Servicios para Miembros. Pagamos por los servicios siguientes y quizá otros no enumerados aquí: • servicios médicos • pruebas diagnósticas, como pruebas de laboratorio • radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluyendo materiales y servicios de técnicos • vendajes quirúrgicos **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Estancias como paciente hospitalizado: servicios cubiertos en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una estancia como paciente hospitalizado no cubierta (continuación) • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • dispositivos protésicos y ortopédicos, excepto dentales, incluyendo sustitución o reparaciones de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que sustituyen en totalidad o en parte a: » un órgano interno del cuerpo (incluyendo tejido contiguo), o » la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal. • aparatos ortopédicos para pierna, brazo, espalda y cuello, fajas y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en su situación • terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	
Servicios y suministros para enfermedades renales Pagamos por los servicios siguientes:: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar cuidado del riñón y ayudarle a tomar decisiones adecuadas sobre su atención. Usted debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y debe remitirlo su médico. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales. • Servicios ambulatorios de diálisis, incluyendo tratamientos de diálisis cuando se esté temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de este Manual para Miembros, o cuando su proveedor para este servicio esté temporalmente no disponible o inaccesible. • Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado si usted ingresa en un hospital como paciente hospitalizado para cuidados especiales • Capacitación para autodiálisis, incluyendo capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en casa **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Servicios y suministros para enfermedades renales (continuación) • Equipo y suministros para diálisis en casa • Ciertos servicios de apoyo en el hogar, tales como visitas necesarias por parte de trabajadores capacitados en diálisis, para comprobar su diálisis en casa, para ayudar en caso de emergencias y para comprobar su equipo de diálisis y suministro de agua. Medicare Parte B paga por algunos medicamentos para diálisis. Para más información, consulte en esta tabla "Medicamentos de Medicare Parte B". **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	
	Evaluación de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Nuestro plan paga por evaluaciones de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • tiene 50-77 años de edad, **y** • realiza una visita de consejería y toma de decisiones compartida a su médico u otro proveedor cualificado, **y** • ha fumado al menos un paquete al día durante 20 años sin síntomas ni signos de cáncer de pulmón o fuma ahora o ha dejado de fumar dentro de los últimos 15 años Después de la primera evaluación, nuestro plan paga por otra evaluación cada año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor cualificado. Si un proveedor elige proporcionar una visita de consejería y toma de decisiones compartida para evaluación de cáncer de pulmón, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas. **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón, cuando lo remite su médico. Pagamos por tres horas de servicios de consejería individuales durante el primer año en que usted reciba servicios de terapia de nutrición médica dentro de Medicare. Puede que paguemos servicios adicionales si son médicamente necesarios. Después de eso, pagamos dos horas de servicios individuales de consejería cada año. Si cambia su situación, tratamiento o diagnóstico, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión cada año si usted necesita tratamiento el siguiente año calendario. Puede que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios. **Nota:** Necesita una remisión de su médico y grupo médico / clínica.	$0
	Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga por servicios de MDPP para personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarle a incrementar un comportamiento saludable, ofreciendo capacitación práctica en: • cambio dietético a largo plazo, **y** • aumento de la actividad física, **y** • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. **Note:** Requires a referral and prior authorization from your doctor and medical group / clinic.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos con receta de Medicare Parte B Estos medicamentos están cubiertos dentro de Medicare Parte B. Nuestro plan paga por los medicamentos siguientes: • medicamentos que normalmente no se suministra usted a sí mismo y se inyectan o se infusionan mientras usted recibe servicios de médicos, ambulatorios en hospitales, o en centros de cirugía ambulatoria • insulina suministrada mediante un artículo de equipamiento médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos que usted tome utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por nuestro plan • el medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (lecanemab genérico) que se administra por vía intravenosa (IV) • factores de coagulación que se administra usted mismo mediante inyección si tiene hemofilia • medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si su trasplante de órgano lo pagó Medicare. Usted debe tener Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. Medicare Parte D cubre medicamentos inmunosupresores si no los cubre la Parte B • medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos por esos medicamentos si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estaba relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted misma • algunos antígenos. Medicare cubre antígenos si los prepara un médico, y los administra una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) bajo la supervisión adecuada • ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos contra el cáncer que usted toma oralmente si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o el medicamento es un pro-medicamento (la forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que contiene el medicamento inyectable). A medida que hay disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, puede que los cubra la Parte B. Si no los cubre la Parte B, los cubre la Parte D **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de Medicare Parte B (continuación) • medicamentos orales antináuseas: Medicare cubre medicamentos orales antináuseas que usted usa como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, en o dentro de las 48 horas de la quimioterapia, o se usan como sustituto terapéutico completo de un medicamento intravenoso antináuseas • ciertos medicamentos orales para enfermedad final en etapa final (ESRD) cubiertos por Medicare Parte B • medicamentos calcimiméticos y ligantes de fosfato cubiertos por el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • ciertos medicamentos para diálisis en casa, incluyendo heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos • agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones específicas (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera®, o metoxi-polietilenglicol epoetina beta) • inmunoglobulina intravenosa para tratamiento en casa para enfermedades de inmunodeficiencia primaria • nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por tubos) También cubrimos algunas vacunas dentro de nuestro Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos dentro de nuestro beneficio de medicamentos de Medicare Parte D. El **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las reglas que usted debe cumplir para que se cubran sus recetas. El **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros* explica lo que usted paga por su medicamentos a través de nuestro plan. **Nota:** Puede que algunos medicamentos requieran una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Línea de Asesoría de Enfermeras Si no está seguro sobre sus síntomas o el nivel de atención que necesita, puede hablar con una enfermera registrada las 24 horas del día. los siete días de la semana. La llamada es confidencial y puede ayudar a evitar visitas innecesarias a atención urgente o a la sala de emergencias. Para hablar con una enfermera, llame al 1-877-431-1700 (TTY: 711)	$0
	Atención en centro de enfermería Un centro de enfermería (NF) es un lugar que ofrece atención para personas que no pueden recibirla en su casa, pero no es necesario que estén en un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, sin limitarse a ellos, los siguientes: • habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • comidas, incluyendo dietas especiales • servicios de enfermería • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria • medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están presentes en el cuerpo de modo natural, como factores anticoagulantes.) • sangre, incluyendo almacenaje y administración • suministros médicos y quirúrgicos que proporcionan normalmente los centros de enfermería • pruebas de laboratorio que proporcionan normalmente los centros de enfermería • rayos X y otros servicios de radiología que proporcionan normalmente los centros de enfermería • uso de aparatos, como sillas de ruedas, que proporcionan normalmente los centros de enfermería • servicios de médicos/profesionales • equipo médico duradero • servicios dentales, incluyendo dentaduras postizas • beneficios de cuidado de la vista **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Atención en centro de enfermería (continuación) • pruebas de audición • cuidados quiroprácticos • servicios de podología Usted normalmente recibe su atención de centros de la red. Sin embargo, es posible que usted pueda recibir su atención de un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención de los lugares siguientes si aceptan las cantidades de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o comunidad de retiro con atención continuada donde usted estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione atención de centro de enfermería). • un centro de enfermería donde esté viviendo su cónyuge o pareja doméstica en el momento en que usted salga del hospital. **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	
	Evaluación de la obesidad y terapia de control de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos por consejería para ayudarle a perder peso. Usted debe recibir la consejería en un centro de atención primaria. Así, se puede manejar con su plan completo de prevención. Para saber más, hable con su proveedor de atención primaria. **Nota:** Necesita una remisión de su médico y grupo médico / clínica.	$0
	Servicios del programa de tratamiento de opioides (OTP) Nuestro plan paga por los servicios siguientes para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) a través de un OTP que incluya los servicios siguientes: • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la FDA y, si aplica, manejar y administrarle estos medicamentos **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Servicios del programa de tratamiento de opioides (OTP) (continuación) • consejería sobre consumo de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas de detección de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas toxicológicas)	
	Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos ambulatorios Pagamos por los servicios siguientes y otros servicios médicamente necesarios no enumerados aquí: • radiografías • radioterapia (con radio e isótopos), incluyendo materiales y suministros de técnicos • suministros quirúrgicos, como vendajes • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • pruebas de laboratorio • sangre, incluyendo almacenaje y administración • pruebas diagnósticas no de laboratorio como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones cuando las ordena su médico u otro proveedor de salud para tratar una afección médica • otras pruebas diagnósticas ambulatorias **Nota:** Necesita una remisión de su médico y grupo médico / clínica.	$0
	Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios Pagamos por servicios de observación hospitalaria de pacientes ambulatorios para determinar si usted necesita ingresar como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Los servicios deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proporcionan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los reglamentos de personal hospitalarios para ingresar pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios (continuación) **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para que usted sea admitido formalmente como paciente ingresado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si usted pasa la noche en el hospital, puede que usted siga siendo considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si usted es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios Hospitalarios de Medicare*, disponible en la página **Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf**	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Pagamos por servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, como por ejemplo: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como cirugía ambulatoria o servicios de observación » Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si usted necesita ingresar en el hospital como "paciente hospitalizado". » A veces usted puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un "paciente ambulatorio". » Puede obtener más información sobre ser un paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: **es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf**. • Pruebas de laboratorio y diagnósticas facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluyendo atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, de lo contrario, sería necesario tratamiento con ingreso • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • suministros médicos, como férulas y yesos • evaluaciones preventivas y servicios enumerados a lo largo de toda la Tabla de Beneficios • algunos medicamentos que usted no se puede administrar a sí mismo **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Atención ambulatoria de salud mental Pagamos por servicios de salud mental proporcionados por: • un médico o psiquiatra con licencia estatal • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • una enfermera clínica especialista • un consejero profesional con licencia (LPC, por sus siglas en inglés • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • una enfermera con práctica médica (NP) • un asistente médico (PA) • cualquier otro profesional de la salud mental cualificado según Medicare, según permitan las leyes estatales aplicables Pagamos por los servicios siguientes y quizá otros servicios no enumerados aquí: • servicios de clínica • tratamiento de día • servicios psicosociales de rehabilitación • hospitalización parcial o programas ambulatorios intensivos • evaluación y tratamiento individual y grupal de salud mental • pruebas psicológicas cuando estén clínicamente indicadas para evaluar un resultado de salud mental • servicios ambulatorios para fines de monitoreo de terapia con medicamentos • laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos ambulatorios • consulta psiquiátrica • tratamiento residencial para adultos	$0
	Servicios de rehabilitación ambulatorios Pagamos por terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. Puede obtener servicios de rehabilitación ambulatorios de departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) y otros centros. **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Pagamos por los servicios siguientes y quizá otros servicios no enumerados aquí: • detección y consejería para mal uso de alcohol • tratamiento de abuso de drogas • consejería grupal o individual por parte de un profesional clínico cualificado • desintoxicación para subagudos en un programa residencial para adicciones • servicios para alcohol y/o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • tratamiento con Naltrexona (vivitrol) de liberación prolongada	$0
	Cirugía ambulatoria Pagamos por cirugía y servicios ambulatorios en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. **Nota:** Si usted va a ser operado en un centro hospitalario, debe comprobar con su proveedor si usted va a ser un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para ingresarlo en el hospital como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si usted pasa la noche en el hospital, puede que usted siga siendo considerado un "paciente ambulatorio". Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	$0
	Cuidados Paliativos Nuestro plan cubre los cuidados paliativos, que son para personas con enfermedades graves. Proporcionan atención centrada en el paciente y la familia que mejora la calidad de vida anticipándose, previniendo y tratando el sufrimiento. Los Cuidados Paliativos no son hospicio; por tanto, no es necesario que usted tenga una esperanza de vida de seis meses o menos para calificar para cuidados paliativos. Los cuidados paliativos se proporcionan al mismo tiempo que los cuidados curativos/ regulares. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Cuidados Paliativos (continuación) Los cuidados paliativos incluyen los siguientes: • planificación anticipada de atención • evaluación y consultas de cuidados paliativos • un plan de atención que incluye todos los cuidados paliativos y curativos autorizados, incluyendo servicios de salud mental y médico-sociales • servicios de su equipo de atención designado • coordinación de atención • manejo del dolor y los síntomas Usted no puede recibir cuidados de hospicio y cuidados paliativos al mismo tiempo si tiene más de 21 años. Si está recibiendo cuidados paliativos y cumple los requisitos para cuidados de hospicio, puede pedir cambiar a cuidados de hospicio en cualquier momento.	
	Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio hospitalario ambulatorio o por parte de un centro comunitario de salud mental, y es más intenso que la atención que recibe en consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), o consejero profesional licenciado. Puede evitar que usted tenga que permanecer en el hospital. Los servicios ambulatorios intensivos son un programa estructurado de tratamiento de terapia activa de salud mental del comportamiento (mental) que se proporciona como servicio hospitalario ambulatorio, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud federalmente cualificado, o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención que obtiene en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT, o consejero con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos/proveedores, incluyendo visitas al consultorio del médico Pagamos por los servicios siguientes: • servicios de atención de salud o de cirugía médicamente necesarios prestados en lugares como: • consultorio del médico • centro de cirugía ambulatoria certificado • departamento ambulatorio de hospital • consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • pruebas básicas de audición y equilibrio que le realiza su proveedor de atención primaria, si lo ordena su médico para averiguar si usted necesita tratamiento • Ciertos servicios de salud, como atención necesaria urgentemente, servicios de atención primaria, servicios de especialistas, servicios de salud mental y por consumo de sustancias por parte de profesionales con contrato afiliados a su clínica/grupo médico. Es posible que no estén disponibles todos los servicios mediante servicios de telesalud. » Usted tiene la opción de recibir estos servicios mediante una visita en persona o mediante telesalud. Si usted elige recibir alguno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. • servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa final (ESRD) para miembros con diálisis a domicilio en un centro de diálisis renal basado en un hospital o de acceso crítico, centro de diálisis real, o en casa • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de embolia • servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o copresencia de un trastorno de salud mental • servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: • usted tiene una visita en persona dentro de los 6 meses antes de su primera visita de telesalud • usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud • pueden hacerse excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de médicos/proveedores, incluyendo visitas al consultorio del médico (continuación) • servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud federalmente cualificados. • revisiones virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos **si** » usted no es un nuevo paciente **y** » la revisión no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** » la revisión no lleva a una visita a consultorio en el plazo de 24 horas o la cita disponible más pronto • evaluación de video y/o imágenes que usted envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en el plazo de 24 horas **si**: » usted no es un nuevo paciente **y** » la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** » la evaluación no lleva a una visita al consultorio en el plazo de 24 horas o la cita disponible más pronto • consultas que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet, o registro de salud electrónico si usted no es un nuevo paciente • segunda opinión antes de cirugía **Nota:** Los especialistas requieren una remisión de su médico y grupo médico / clínica.	
	Servicios de podología Pagamos por los servicios siguientes: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones o enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolones calcáneos) • cuidado rutinario del pie para miembros con afecciones que afectan a las piernas, como diabetes **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Profilaxis preexposición (PrEP) para prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de salud determina que tiene un riesgo incrementado de VIH, cubrimos medicamentos de profilaxis preexposición (PrEP) y servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si usted está recibiendo un medicamento inyectable, también cubrimos los gastos de inyectar el medicamento. • Hasta 8 sesiones de consejería individuales (incluyendo evaluación de riesgo de VIH, reducción de riesgo de VIH y cumplimiento de medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 evaluaciones de VIH cada 12 meses. • Una evaluación única del virus de la hepatitis B.	$0
	Exámenes de evaluación de cáncer de próstata Para hombres de 50 años de edad o más, pagamos por los servicios siguientes cada 12 meses: • un tacto rectal • una prueba de antígeno específico de próstata (PSA) **Nota:** Necesita una remisión de su médico y grupo médico / clínica.	$0
	Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Los dispositivos protésicos sustituyen una función o parte del cuerpo en su totalidad o parcialmente. Estos incluyen, sin limitarse a ellos: • pruebas, colocación o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos • bolsas de colostomía y suministros relacionados con cuidados de colostomía • nutrición enteral y parenteral, incluyendo equipos de suministro de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptador, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados (continuación) • marcapasos • refuerzos ortopédicos • zapatos protésicos • brazos y piernas artificiales • prótesis de seno (incluyendo un sujetador quirúrgico después de una mastectomía) • prótesis para sustituir una parte del cuerpo facial externa en su totalidad o en parte que se extirpó o quedó afectada como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito • crema y pañales para incontinencia Pagamos por algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos. También pagamos para reparar o sustituir dispositivos protésicos u ortopédicos. Ofrecemos alguna cobertura después de extirpación o cirugía de cataratas. Para más detalles, consulte "Cuidado de la vista" más adelante en esta tabla. **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	
	Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) desde moderada a muy grave. Usted debe tener una remisión para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la EPOC. **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	$0
	Prevención de reingreso La prevención de reingreso le ayuda a mantenerse estable y evitar volver a ingresar en el hospital. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Prevención de reingreso (continuación) Después de un procedimiento como paciente hospitalizado o ambulatorio o en un hospital o estancia en centro especializado, usted tiene cubiertas: • Hasta 28 comidas entregadas en su domicilio al año. • Hasta 64 horas anuales de servicios de cuidado personal, que incluyen, aunque limitarse a ello, arreglo personal, baño, vestirse, tareas ligeras de casa, preparación de comidas. Cada visita tiene un mínimo de cuatro horas por visita. Usted debe solicitar los servicios dentro de los siete días siguientes a su hospitalización o procedimiento de cirugía ambulatoria. Para solicitar servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono en la parte inferior de esta página. **Nota:** Necesita una remisión de su Coordinador de Atención.	
	Evaluación de infección por Virus de Hepatitis C Cubrimos una evaluación de Hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de salud cualificado ordena una y usted cumple una de estas condiciones: • Usted tiene un riesgo alto por consumir o haber consumido drogas ilícitas inyectables. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Usted nació entre 1945 y 1965. Si usted nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagaremos una evaluación una vez. Si usted es de alto riesgo (por ejemplo, usted ha seguido consumiendo drogas ilícitas inyectables desde su prueba negativa anterior de evaluación de Hepatitis C), cubrimos evaluaciones anuales. **Nota:** Necesita una remisión de su médico y grupo médico / clínica.	$0

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Evaluación y consejería sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) Pagamos evaluaciones de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas evaluaciones están cubiertas para mujeres embarazadas y algunas personas que tienen un riesgo incrementado de ITS. Las pruebas las debe ordenar un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También pagamos un máximo de dos sesiones presenciales de alta intensidad de consejería conductual para adultos sexualmente activos con un riesgo incrementado de ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Pagamos por estas sesiones de consejería como servicio preventivo solo si las realiza un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben ser en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico. **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	$0
	Atención en centros de enfermería especializada (SNF) Puede consultar la definición de “centro de enfermería especializada” en el **Capítulo 12**. Pagamos por los servicios siguientes y quizá otros no enumerados aquí: • una habitación semiprivada, o una habitación privada si es médicamente necesaria • comidas, incluyendo dietas especiales • servicios de enfermería especializada • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos que usted recibe como parte de su plan de atención, incluyendo sustancias que están presentes en el cuerpo de forma natural, como factores anticoagulantes • sangre, incluyendo almacenamiento y administración • suministros médicos y quirúrgicos que proporcione el SNF • pruebas de laboratorio que realice el SNF **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación) • rayos X y otros servicios de radiología que proporcionan los centros de enfermería • aparatos, como sillas de ruedas, que proporcionan normalmente los centros de enfermería • servicios de médicos/proveedores Usted normalmente recibe su atención de SNF de centros de la red. Sin embargo, es posible que usted pueda recibir su atención de un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención de los lugares siguientes si aceptan las cantidades de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o comunidad de retiro con atención continuada donde usted estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione atención de centro de enfermería). • un centro de enfermería donde esté viviendo su cónyuge o pareja doméstica en el momento en que usted salga del hospital **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	
	Cesación de fumar y de consumo de tabaco Está cubierta la consejería para dejar de fumar y el tabaquismo para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan los siguientes criterios: • que consuman tabaco, independientemente de que muestren señales o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • sean competentes y estén alerta durante la consejería • la consejería la proporcione un médico cualificado u otro profesional reconocido por Medicare Cubrimos dos intentos de cesación por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con un máximo de ocho sesiones al año). **Nota:** Necesita una remisión de su médico y grupo médico / clínica.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI) Usted debe reunir los requisitos para beneficios de SSBCI para recibir los beneficios a continuación. Consulte en este capítulo "Ayuda con ciertas afecciones crónicas" para saber cómo reúne usted los requisitos para estos beneficios. • Servicios de transporte no médico Usted tiene cubiertos hasta 24 viajes de ida o de vuelta a ubicaciones no médicas específicas si usted reúne los requisitos para beneficios SSBCI. Estas ubicaciones no médicas son: • tiendas de alimentos • clubes de salud/gimnasios • centros de mayores • iglesias • salones de cuidado personal Cada viaje de ida o de vuelta tiene un límite de 30 millas por viaje.	$0
	Terapia con ejercicio supervisado (SET) Pagamos por terapia con ejercicio supervisado (SET, por sus siglas en inglés) para miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática que tengan una remisión para PAD del médico responsable de tratamiento de PAD. Nuestro plan paga: • hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si las considera médicamente necesarias un proveedor de salud **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Terapia con ejercicio supervisado (SET) (continuación) El programa SET debe ser: • sesiones entre 30 y 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en el caso de miembros con calambres en las piernas debido a mal riego sanguíneo (claudicación) • en un entorno ambulatorio hospitalario o en la consulta de un médico • proporcionado por personal cualificado que se asegure de que los beneficios superan a los perjuicios y que haya sido capacitado para terapia con ejercicio para PAD • bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, o enfermera con práctica médica/enfermera especialista clínica con capacitación en técnicas básicas y avanzadas de apoyo vital **Nota:** Necesita una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica.	
	Transporte: Transporte Médico no de Emergencia Este beneficio permite transporte no médico para un servicio cubierto por su plan y Medicare. Esto puede incluir servicios de ambulancia, camioneta para camilla, camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas, y coordinación con paratránsito. Las formas de transporte están autorizadas cuando: • Su proveedor médico determina que su situación médica y/o física no le permite viajar en autobús, vehículo de pasajeros, taxi u otro tipo de transporte público o privado, **y** • se requiere autorización previa, **y** • usted deberá llamar a su plan para concertar el transporte. • usted necesita ayuda del conductor para llegar y salir de su casa, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental. • los viajes solo pueden programarse con proveedores y centros con contrato dentro de Total Care Advantage y están autorizados. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Transporte: Transporte Médico no de Emergencia (continuación) Los viajes NEMT pueden programarse siguiendo los pasos siguientes: 1. Su médico debe completar el formulario de Declaración de Certificación del Médico (PCS, por sus siglas en inglés) y presentarlo a Total Care Advantage y Ventura Transit System (VTS). Una vez aprobado, la aprobación es válida durante el resto del año calendario. Su médico deberá presentar un nuevo formulario PCS al principio de cada año si usted necesita seguir con los servicios NEMT. 2. Una vez se haya recibido y aprobado el formulario PCS, llame a **TCA Transportation** al **1-888-808-9323** (TTY: **711**) para programar su transporte NEMT. • Usted debe programar su viaje con al menos dos días laborables de antelación (de lunes a viernes) antes de su cita. • Debe programar su recogida al menos una hora antes de su cita programada. • Espere a su conductor en la acera delante de la dirección que haya proporcionado (a menos que haya solicitado servicio puerta a puerta). **Nota:** Los formularios PCS deben presentarse y aprobarse antes de programar su viaje.	
	Transporte: Transporte no médico (NMT) Este beneficio permite transporte a servicio médico mediante automóvil de pasajeros, taxi u otros tipos de transporte público/privado. El transporte es necesario con el fin de obtener atención médica necesaria cubierta por Medi-Cal, incluyendo viajar a citas dentales y a recoger medicamentos. Está cubierto el transporte para servicios cubiertos dualmente por Medi-Cal y Medicare. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Transporte: Transporte no médico (NMT) (continuación) Para programar un transporte NMT: • Llame a **TCA Transportation** al **1-888-808-9323** (TTY: **711**) para programar su transporte NMT. » Usted debe programar su transporte con al menos dos días laborables de antelación (de lunes a viernes) antes de su cita. » Usted debe programar su recogida al menos una hora antes de su cita programada. » Espere a su conductor en la acera delante de la dirección que haya proporcionado (a menos que haya solicitado servicio puerta a puerta). Para consultar beneficios adicionales de transporte, consulte en esta tabla “Beneficios Especiales Suplementarios para Personas con Enfermedades Crónicas”. **Nota:** Los servicios de transporte deben ser a destinos autorizados.	
	Atención necesaria urgentemente La atención necesaria urgentemente es la que se proporciona para tratar: • algo que no es una emergencia pero requiere atención médica inmediata, **o** • una enfermedad imprevista, **o** • una lesión, **o** • una afección que necesita atención inmediatamente. Si necesita atención necesaria urgentemente, debe intentar primero obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores no pertenecientes a la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red porque, dado el momento, lugar o circunstancias en que está usted, no es posible, o no es razonable, obtener este servicio (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección no visible pero que no es una emergencia médica). **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Atención necesaria urgentemente (continuación) El plan también cubre atención que necesite urgentemente, hasta un máximo de $100,000 al año, cuando usted esté viajando fuera de los EE.UU. y sus territorios. No todos los hospitales o médicos fuera de los EE.UU. aceptan Medicare o Medi-Cal. Si usted necesita atención necesaria urgentemente estando en el extranjero, puede que usted tenga que adelantar el dinero. Para solicitar el reembolso de servicios de atención urgente, debe proporcionar recibos detallados y pormenorizados que describan los servicios recibidos. Los servicios de atención urgente a nivel mundial no cubren servicios de rutina y de atención preventiva, incluyendo medicamentos con receta rutinarios.	
	Cuidado de la vista (atención médica) Pagamos por los servicios siguientes: • un examen rutinario de la vista cada año **y** • hasta $100 por anteojos (monturas y lentes) o hasta $100 por lentes de contacto cada dos años Pagamos por servicios ambulatorios de médico para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, como tratamiento para degeneración macular relacionada con la edad. Para personas con riesgo alto de glaucoma, pagamos una evaluación de glaucoma cada año. Las personas con riesgo alto de glaucoma incluyen: • personas con historial familiar de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos de 50 años o más • hispanoamericanos de 65 años o más Para personas con diabetes, pagamos evaluaciones de retinopatía diabética una vez al año. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 por examen de la vista para tratar afecciones médicas de los ojos $0 por anteojos o lentes de contacto tras cirugía de cataratas

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicio Cubierto		Lo que usted paga
	Cuidado de la vista (atención médica) (continuación) Pagamos por un par de anteojos con montura estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserte una lente intraocular. Si usted ha sido operado de cataratas dos veces por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada operación. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda operación, incluso si no obtuvo un par después de la primera. **Nota:** El cuidado médico de la vista requiere una remisión y autorización previa de su médico y grupo médico / clínica. **Cuidado de la vista (no médico / suplementario)** Cubrimos servicios suplementarios de la vista a través de Vision Service Plan (VSP). Usted tiene cubiertos los servicios siguientes: • Un examen rutinario de la vista cada año **y** • Hasta $350 por anteojos (monturas y lentes) cada 12 meses. Para encontrar un proveedor de VSP cerca de usted, llame a VSP al **1-800-877-7195**. Si usa un TTY, llame al **1-800-428-4833**. También puede visitar el sitio web de Total Care Advantage para encontrar un proveedor de VSP, en **www.goldcoasthealthplan.org**.	$0 por examen de la vista complementario.
	Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" Cubrimos una visita única preventiva "Bienvenido a Medicare", que incluye: • una revisión de su salud, • educación y consejería sobre servicios preventivos que usted necesite (incluyendo evaluaciones y vacunas), **y** • remisiones para otros cuidados si los necesita. **Nota:** Cubrimos la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" solo durante los primeros 12 meses en que tenga Medicare Parte B. Cuando programe su cita, diga al consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva "Bienvenido a Medicare".	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

E. Apoyos Comunitarios

Usted puede obtener apoyos dentro de su Plan de Atención Individualizada. Los Apoyos Comunitarios son servicios o entornos médicamente apropiados y efectivos en cuanto a costo alternativos a los cubiertos por el Plan Estatal de Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si usted califica, estos servicios pueden ayudarle a vivir de forma más independiente. No sustituyen a los beneficios que usted ya recibe dentro de Medi-Cal.

Algunos ejemplos de Apoyos Comunitarios que ofrecemos incluyen comida de apoyo médico y comidas médicamente adaptadas, ayuda para usted o su cuidador, o rampas o barras de agarre para la ducha.

Si necesita ayuda o le gustaría saber qué Apoyos Comunitarios puede haber disponibles para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-888-301-1228** (TTY: **711**) o llame a su proveedor de salud.

Transiciones a Centros de Vida Asistida

Este Apoyo Comunitario está destinado a miembros con una necesidad inminente de nivel de atención (LOC, por sus siglas en inglés) en centro de enfermería, y está pensado para ofrecer la opción de residir en un centro de vida asistida como alternativa a colocación a largo plazo en un centro de enfermería. Total Care Advantage proporcionará servicios y gastos de transición con límite de tiempo para permitirle establecer su residencia en un centro de vida asistida, basándose en criterios y restricciones de Medi-Cal.

Elegibilidad:

1. Haber residido 60+ días en un centro de enfermería; **y**
2. Estar dispuesto a vivir en un entorno de vida asistida como alternativa a un centro de enfermería; **y**
3. Poder residir de forma segura en un centro de vida asistida.

Remedio del Asma

El Remedio del Asma consiste en suministros y/o modificaciones físicas del entorno de la vivienda que sean necesarios para asegurar la salud, bienestar y seguridad del miembro, o para permitir al miembro funcionar en su hogar con una probabilidad reducida de sufrir episodios agudos de asma.

Elegibilidad:

- Debe completar una evaluación de desencadenantes ambientales en el hogar dentro de los últimos 12 meses que identifique y especifique la forma en que las intervenciones cubren las necesidades del miembro.

Limitaciones:

- Los remedios del asma deben realizarse de conformidad con los códigos de edificación estatales y locales aplicables.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- Se aplicarán costos y restricciones de Medi-Cal.

Servicios de Transición a la Comunidad o al Hogar

Servicios y gastos de transición con límite temporal, para permitir al miembro hacer la transición desde un centro con licencia a una residencia privada o vivienda con ayuda pública, y financiación coordinada para modificaciones para instalar las acomodaciones necesarias para la accesibilidad.

Elegibilidad:

1. Actualmente está recibiendo servicios médicamente necesarios de nivel de atención (LOC) de centro de enfermería, y en lugar de permanecer en el centro de enfermería o entorno de Cuidados de Recuperación, elige hacer la transición a su domicilio y seguir recibiendo servicios de LOC de centro de enfermería médicamente necesarios; **y**
2. Ha vivido 60+ días en un centro de enfermería y/o entorno de Cuidados de Recuperación; **y**
3. Está interesado en volver a trasladarse a la comunidad; **y**
4. Puede residir en la comunidad de forma segura con apoyos y servicios apropiados y efectivos en cuanto a costo.

Limitaciones:

- No incluyen gastos mensuales de alquiler o hipoteca, alimentos, gastos de servicios públicos regulares, y/o electrodomésticos o artículos destinados para fines puramente de diversión / recreo.
- Deben ser necesarios para garantizar la salud, bienestar y seguridad del miembro, sin los cuales el miembro necesitaría institucionalización continuada o reinstitucionalización.
- Se aplican límites monetarios de Medi-Cal.

Programas de Habilitación de Día

Los programas de Habilitación de Día están diseñados para ayudar al miembro a adquirir, conservar y mejorar las habilidades de autoayuda, socialización y adaptación necesarias para residir con éxito en el entorno natural de la persona.

Los servicios de Programas de Habilitación de Día incluyen, sin limitarse a ellos, capacitación para:

1. Uso de transporte público.
2. Desarrollo de habilidades personales para la resolución de conflictos.
3. Participación en la comunidad.
4. Desarrollo y mantenimiento de relaciones personales.
5. Habilidades de la vida diaria (cocina, limpieza, compra, gestión del dinero).
6. Consciencia de recursos comunitarios, como policía, bomberos o servicios locales para apoyar la independencia en la comunidad.
7. Cómo seleccionar y mudarse a una vivienda.
8. Cómo localizar y elegir compañeros de vivienda adecuados.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

9. Servicios adicionales de administración de caso según sean necesarios.
10. Proporcionar una remisión a servicios de vivienda que no sean de Apoyos Comunitarios si el miembro no cumple los criterios de elegibilidad para otros servicios de apoyo a la vivienda.

Elegibilidad:

- Que sufra indigencia; o
- Que haya salido de indigencia y haya entrado en vivienda en los últimos 24 meses; o
- En riesgo de indigencia o institucionalización, cuya estabilidad de vivienda podría mejorarse mediante la participación en un Programa de Habilitación de Día.

Limitaciones:

- Los servicios pueden proporcionarse de forma continuada, o mediante reuniones intermitentes, en un entorno individual o grupal.

Modificaciones de la Vivienda

Las modificaciones de la vivienda son adaptaciones físicas en la vivienda que son necesarias para asegurar la salud, bienestar y seguridad, y/o permitir al miembro funcionar con mayor independencia.

Ejemplos de modificaciones de la vivienda:

- Barras de agarre y rampas para ayudar a los miembros a acceder a la vivienda
- Ampliación de huecos de puertas para miembros que necesitan silla de ruedas
- Elevadores de escaleras
- Hacer que un baño y ducha sean accesibles para sillas de ruedas (por ejemplo, construir una ducha en la que se pueda entrar con silla de ruedas)
- Instalación de sistemas eléctricos y de plomería especializados necesarios para acomodar el equipo y suministros médicos del miembro
- Instalación y pruebas de un Sistema de Respuesta a Emergencias Personales (PERS, por sus siglas en inglés) para miembros que están solos durante partes significativas del día sin un cuidador, y que de lo contrario requerirían supervisión rutinaria (incluyendo costos mensuales del servicio, según sean necesarios).

Elegibilidad:

- En riesgo de institucionalización en un centro de enfermería.

Limitaciones:

- Los servicios están disponibles en una vivienda que sea propiedad del miembro, o que esté alquilada, arrendada u ocupada por él.

- Para una vivienda que no sea propiedad del miembro, el miembro debe obtener el consentimiento por escrito del propietario para adaptaciones físicas a la vivienda o para el equipo que esté instalado físicamente en la vivienda (p.ej., barras de agarre, elevadores de sillas, etc.).
- Se aplicarán límites y restricciones de Medi-Cal.

Depósitos de Vivienda

Los Depósitos de Vivienda ayudan a identificar, coordinar, asegurar o financiar servicios y modificaciones en una sola vez, necesarios para que la persona establezca un hogar básico.

Los depósitos de vivienda incluyen:

1. Depósitos de fianza necesarios para obtener un alquiler de un apartamento o vivienda.
2. Gastos de puesta en marcha / depósitos para acceso a servicios públicos o suministros y cualquier factura de servicio público no pagada.
3. Cobertura del primer mes de servicios públicos, incluyendo, aunque sin limitarse a ellos, teléfono, gas, electricidad, calefacción y agua.
4. Servicios necesarios para la salud y seguridad de la persona, como erradicación de plagas y limpieza una sola vez antes de la ocupación, junto con reparaciones menores necesarias para cumplir los estándares de calidad del programa de Vales de Elección de Vivienda del HUD, u otros estándares de habitabilidad, según apliquen, cuando esos costos no sean responsabilidad del arrendador conforme a la ley aplicable.
5. Gastos de solicitud para cubrir el costo de la solicitud de arrendamiento.
6. Artículos como un acondicionador de aire o calefactor y otras ayudas y servicios adaptativos médicamente necesarios, diseñados para conservar la salud y seguridad de la persona en su hogar, como camas de hospital, elevadores Hoyer, filtros de aire, suministros para limpieza especializada o control de plagas, etc. que sean necesarios para asegurar el acceso y la seguridad para la persona al mudarse a la casa, cuando no están disponibles de otro modo para el miembro dentro de Medi-Cal.

Elegibilidad:

- Que sufra indigencia, o esté en riesgo de sufrirla.
- Debe cumplir los requisitos de factores clínicos de riesgo de Medi-Cal; o
- Personas que se decide que son elegibles para Alquiler de Transición. Estas personas son elegibles automáticamente para Depósitos de Vivienda; o
- Personas que reciben prioridad para una vivienda de apoyo permanente o recurso de ayuda al alquiler a través del Sistema Coordinado de Entrada local para indigentes o un sistema similar diseñado para usar información para identificar personas con discapacidades altamente vulnerables y/o una o más afecciones crónicas graves y/o enfermedad mental grave, institucionalización o que requieran servicios residenciales debido a un trastorno por consumo de sustancias y/o esté saliendo de la cárcel.

Limitaciones:

- Los servicios no incluyen provisión de alojamiento y comidas, ni pago de ayuda al alquiler.
- Se aplicaciones y limitaciones de Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicios de Tenencia y Sostenimiento de Vivienda

Los Servicios de Tenencia y Sostenimiento de Vivienda ayudan al miembro a mantener una tenencia segura y estable una vez se ha obtenido vivienda.

Los servicios incluyen:

1. Proporcionar identificación e intervención tempranas para comportamientos que puedan poner la vivienda en peligro, como retraso en el pago de alquiler, acumulación compulsiva, consumo de sustancias y otras infracciones del alquiler.
2. Proporcionar educación y capacitación para el miembro sobre el papel, derechos y responsabilidades de inquilinos y arrendadores.
3. Proporcionar educación sobre Vivienda Justa y prácticas antidiscriminación, incluyendo hacer peticiones de acomodaciones necesarias y razonables si es necesario.
4. Entrenamiento sobre cómo desarrollar y mantener relaciones clave con arrendadores / administradores de la propiedad y/o vecinos, con el objetivo de promover un inquilinato con éxito.
5. Coordinarse con el arrendador y administrador de atención / caso para abordar problemas que podrían afectar a la estabilidad de la vivienda.
6. Ayuda para resolver disputas con arrendadores y/o vecinos para reducir el riesgo de desalojo u otras acciones adversas, incluyendo un plan de pago o identificar fondos en situaciones en las que el miembro debe alquiler atrasado o pagos por daños a la vivienda.
7. Ayuda con el proceso anual de recertificación de vivienda.
8. Coordinarse con el inquilino para revisar, actualizar y modificar su apoyo de vivienda y plan de crisis de forma regular para reflejar las necesidades actuales y abordar barreras para la retención de la vivienda existentes o recurrentes.
9. Ayuda continuada con cumplimiento del alquiler, incluyendo apoyo continuado con actividades relacionadas con la administración de la unidad familiar.
10. Visitas de salud y seguridad, incluyendo para asegurar que la vivienda sigue siendo segura y habitable.
11. Otros servicios de prevención e intervención temprana identificados en el plan de crisis que se activan cuando se pone en peligro la vivienda (p.ej. ayudar con peticiones de acomodación razonable que no eran necesarias inicialmente en el momento de mudarse).

Elegibilidad:

- Que sufra indigencia, o esté en riesgo de sufrirla.
- Debe cumplir los requisitos de factores clínicos de riesgo de Medi-Cal; o
- Personas que se determina que son elegibles para Alquiler de Transición. Estas personas son automáticamente elegibles para Depósitos de Vivienda; o
- Personas que reciben prioridad para una vivienda de apoyo permanente o recurso de ayuda al alquiler a través del Sistema Coordinado de Entrada local para indigentes o un sistema similar diseñado para usar información para identificar personas con discapacidades altamente vulnerables y/o una o más afecciones crónicas graves y/o enfermedad mental grave, institucionalización o que requieran servicios residenciales debido a un trastorno por consumo de sustancias y/o estén saliendo de la cárcel.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Limitaciones:

- Los servicios no incluyen la prestación de alojamiento y comidas.
- Se aplican límites y restricciones de Medi-Cal

Servicios de Transición de Navegación de Vivienda

Los Servicios de Transición de Navegación de Vivienda (HTNS, por sus siglas en inglés) ayudan a los miembros a encontrar, solicitar y obtener vivienda.

Se desarrollará un plan de apoyo a la vivienda para:

- identificar necesidades de vivienda, preferencias, barreras y evaluar las fortalezas y barreras para la retención de vivienda
- ayudar a obtener vivienda, incluyendo completar solicitudes de vivienda y obtener la documentación necesaria.
- identificar y obtener recursos disponibles para ayudar a obtener vivienda, como Alquiler de Transición, Vale de Elección de Vivienda del HUD y otros programas de ayuda estatales y locales, y hacer coincidir los recursos disponibles con los miembros.
- educación e implicación de arrendadores.

Elegibilidad:

- Sufriendo indigencia, o en riesgo de sufrirla.
- Debe tener uno o más de los siguientes factores clínicos de riesgo:
  i. Cumple los criterios de acceso para Servicios Especializados de Salud Mental (SMHS) de Medi-Cal;
  ii. Cumple los criterios de acceso para Medi-Cal de Medicamentos (DMC) o Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS);
  iii. Una o más afecciones de salud físicas crónicas graves;
  iv. Una o más discapacidades físicas, intelectuales o del desarrollo; o
  v. Personas embarazadas, hasta 12 meses después del parto; o
  vi. Personas que se determina que son elegibles para Alquiler de Transición; o
  vii. Personas que reciben prioridad para una vivienda de apoyo permanente o recurso de ayuda al alquiler a través del Sistema Coordinado de Entrada local para indigentes o un sistema similar diseñado para usar información para identificar personas con discapacidades altamente vulnerables y/o una o más afecciones crónicas graves y/o enfermedad mental grave, institucionalización o que requieran servicios residenciales debido a un trastorno por consumo de sustancias y/o esté saliendo de la cárcel.

Limitaciones:

- Los servicios no incluyen la prestación de alojamiento y comidas ni pago de ayuda al alquiler.
- Se aplican límites y restricciones de Medi-Cal.

Comidas y Alimentos Médicamente Adaptados

Las comidas y alimentos médicamente adaptados están diseñados para abordar las afecciones crónicas u otras afecciones graves que son sensibles a la nutrición, para obtener mejores resultados de salud.

Elegibilidad:

Personas que tienen afecciones de salud crónicas u otras afecciones graves que son sensibles a la nutrición, como por ejemplo (aunque sin limitarse a ellas):

- cáncer(es)
- trastornos cardiovasculares
- enfermedad renal crónica
- trastornos pulmonares crónicos u otras afecciones pulmonares como asma / EPOC
- insuficiencia cardiaca
- diabetes u otras afecciones metabólicas
- niveles elevados de plomo
- enfermedad renal en etapa final
- colesterol alto
- virus de la inmunodeficiencia humana
- hipertensión
- enfermedad del hígado
- dislipidemia
- hígado graso
- malnutrición
- obesidad
- embolia
- trastorno gastrointestinal
- diabetes gestacional
- afecciones perinatales de alto riesgo, y
- trastornos mentales / de salud del comportamiento crónicos o incapacitantes

Limitaciones:

- Hasta dos comidas y/o paquetes de comidas por día; hasta 12 semanas.
- Debe abordar o mitigar las necesidades nutricionales de una afección de salud crónica o grave, y no está cubierto para responder únicamente a inseguridades alimentarias.

Servicios de cuidado personal y domésticos

Los servicios de cuidado personal y domésticos pueden proporcionarse a personas que necesiten ayuda con actividades de la vida diaria, como:

- bañarse, vestirse y usar el baño
- ambulación

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- alimentarse y/o preparación de comidas
- compra de alimentos
- manejo del dinero
- limpieza doméstica y lavandería

Elegibilidad:

- Personas en riesgo de hospitalización, o de institucionalización en un centro de enfermería; o
- Personas con déficits funcionales sin ningún otro sistema adecuado de apoyo; o
- Personas a las que se les han aprobado Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS, por sus siglas en inglés).

Los servicios de cuidado personal y domésticos pueden proporcionarse cuando se necesita apoyo adicional más allá de las horas de IHSS autorizadas o cuando las asignaciones de IHSS son insuficientes.

Limitaciones:

- No pueden utilizarse en lugar de remisión al programa de IHSS.
- Debe realizarse una nueva remisión a IHSS si hay un cambio en la afección del miembro. Los miembros pueden seguir recibiendo los servicios de cuidado personal y domésticos durante el periodo de reevaluación.

Cuidados de Recuperación (Relevo Médico)

Los cuidados de recuperación son para personas que están sufriendo indigencia, o están en riesgo de sufrirla, y necesitan un entorno residencial a corto plazo para recuperarse de una lesión o enfermedad (incluyendo una afección de salud del comportamiento).

Elegibilidad (deben cumplir los dos criterios):

- Personas que requieran recuperación para sanar de una lesión o enfermedad; **y**
- Que sufran indigencia o corran riesgo de caer en ella.

Limitaciones:

- Deben ser necesarios para alcanzar o mantener estabilidad médica y evitar el ingreso o el reingreso hospitalarios, que puedan hacer necesarias intervenciones de salud del comportamiento.
- Los Cuidados de Recuperación no pueden superar la duración de seis meses en un periodo consecutivo de 12 meses (pero pueden autorizarse para un periodo más corto, basándose en las necesidades individuales) y están sujetos al máximo global de seis meses para servicios de alojamiento y comidas.
- Los operadores de centros y su personal empleado que proporcionen Cuidados de Recuperación que no tengan licencia como Centros de Atención Comunitaria no pueden ayudar directamente a miembros con ADL o IADL.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Servicios de Relevo

Los Servicios de Relevo se proporcionan a cuidadores de miembros que requieren una supervisión temporal intermitente. Los servicios se ofrecen a corto plazo, debido a la ausencia o necesidad de relevo para aquellas personas que normalmente los cuidan y/o supervisan, y son de naturaleza no médica.

Los Servicios de Relevo pueden incluir cualquiera de los siguientes:

1. Servicios proporcionados por horas de forma episódica debido a ausencia o necesidad de relevo para quienes normalmente proporcionan los cuidados a las personas.
2. Servicios proporcionados por días / durante la noche a corto plazo debido a ausencia o necesidad de relevo para quienes normalmente proporcionan los cuidados a las personas.
3. Servicios que se ocupan de las necesidades básicas de autoayuda del miembro y otras actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés), incluyendo interacción, socialización y continuación de rutinas diarias habituales que normalmente serían realizadas por quienes normalmente los cuidan y/o supervisan.
4. Pueden proporcionarse en casa del miembro o en otra ubicación autorizada.

Elegibilidad y Limitaciones:

- Usted debe vivir en la comunidad y tener comprometidas sus actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) y por tanto depender de un cuidador cualificado que aporta la mayor parte del apoyo y requiere ayuda de cuidador para evitar colocación institucional.
- Los cuidados directos en el hogar no pueden superar las 24 horas por día.
- Se aplican límites de servicio basados en las limitaciones de Medi-Cal.

Los servicios deben proporcionarse para evitar colocación de la que sería responsable.

Alojamiento a Corto Plazo Poshospitalización

El Alojamiento a Corto Plazo Poshospitalización proporciona a los miembros que salen de una institución y sufren indigencia, o están en riesgo de sufrirla, la oportunidad de continuar su recuperación médica / psiquiátrica / de trastorno por consumo de sustancias inmediatamente tras salir de la institución.

El entorno de Alojamiento a Corto Plazo Poshospitalización proporcionará a los miembros los apoyos continuados necesarios para la recuperación, tales como adquirir (o recuperar) la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria, recibir atención necesaria médica / psiquiátrica / para trastorno por consumo de sustancias, recibir administración de caso y comenzar a acceder a otros apoyos para la vivienda.

Elegibilidad (debe cumplir los cuatro criterios):

1. Personas que salen de una institución, incluyendo centros de cuidados de recuperación, hospitales para pacientes ingresados, centro para tratamiento de trastornos por consumo de sustancias o salud mental, y
2. Que sufran indigencia, o estén en riesgo de sufrirla; **y**

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

3. Cumplir uno de los criterios siguientes:
   a. Estar recibiendo Administración de Atención Mejorada (ECM, por sus siglas en inglés);
   b. Tener una o más afecciones crónicas graves;
   c. Tener una enfermedad mental grave; o
   d. Estar en riesgo de institucionalización o de necesitar servicios residenciales como resultado de un trastorno por consumo de sustancias; **y**
4. Tener necesidades de salud física o del comportamiento continuadas, según determine un profesional de la salud cualificado, que de lo contrario necesitarían cuidados institucionales continuados si no fuera por recibir Alojamiento a Corto Plazo Poshospitalización.

Limitaciones:

- El Alojamiento a Corto Plazo Poshospitalización no puede superar una duración de seis meses en un periodo consecutivo de 12 meses (pero puede autorizarse para un periodo más corto basándose en necesidades individuales) y está sujeto al límite global de seis meses para servicios de alojamiento y comidas.

Alquiler de Transición

El Alquiler de Transición cubierto por Medi-Cal para miembros que sufran indigencia, o estén en riesgo de sufrirla, proporciona hasta seis meses de ayuda al alquiler en entornos temporales y permanentes, a miembros que sufran indigencia o estén en riesgo de sufrirla, tengan ciertos factores clínicos de riesgo y hayan tenido recientemente una transición crítica en la vida.

Elegibilidad (debe cumplir todos los criterios a continuación):

- Debe tener uno o más de los siguientes factores clínicos de riesgo:
  a. Cumple los criterios de acceso para Servicios Especializados de Salud Mental de Medi-Cal
  b. Cumple los criterios de acceso para Medi-Cal de Medicamentos (DMC) o el Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS);
  c. Una o más afecciones de salud física crónicas graves;
  d. Una o más discapacidades físicas, intelectuales o del desarrollo; o
  e. Personas que están embarazadas, hasta 12 meses después del parto; **y**
- Requisito de factor de riesgo social: Que sufra indigencia, o en riesgo de sufrirla; **y**
- La persona debe cumplir uno de los requisitos siguientes:
  a. En transición desde un entorno residencial institucional o grupal; o
  b. En transición desde un entorno carcelario; o
  c. En transición desde vivienda temporal; o
  d. En transición desde cuidados de recuperación o vivienda a corto plazo poshospitalización; o
  e. Sufriendo indigencia sin refugio; o
  f. Elegible para Asociación de Servicio Completo (intervención intensiva en salud del comportamiento).

Puede que haya disponibles para usted Apoyos Comunitarios adicionales. Si necesita ayuda o desea saber qué Apoyos Comunitarios pueden estar disponibles para usted, llame al **1-888-301-1228** (TTY: **711**) o llame a su proveedor de salud.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

Los siguientes servicios no los cubrimos, pero están disponibles a través de pago por servicio de Medi-Cal.

F1. Transiciones a la Comunidad de California (CCT)

El programa de Transiciones a la Comunidad de California (CCT, por sus siglas en inglés) utiliza Organizaciones Líderes locales para ayudar a beneficiarios elegibles de Medi-Cal, que hayan vivido en un centro para pacientes ingresados durante al menos 60 días consecutivo, a hacer la transición de regreso y permanecer de forma segura en un entorno comunitario. El programa CCT financia servicios de coordinación de transición durante el periodo previo a la transición y durante 365 días después de la transición para ayudar a los beneficiarios a trasladarse de regreso a un entorno comunitario.

Puede obtener servicios de coordinación de transición de cualquier Organización Líder de CCT que sirva al condado en el que usted vive. Puede encontrar una lista de Organizaciones Líderes de CCT y los condados a los que sirven en el sitio web del Departamento de Servicios de Salud, **www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT**.

Para servicios de coordinación de transición de CCT

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

Para servicios no relacionados con su transición de CCT

El proveedor nos factura a nosotros por sus servicios. Nuestro plan paga por los servicios proporcionados después de su transición; usted no paga nada por estos servicios.

Mientras usted recibe servicios de coordinación de transición de CCT, nosotros pagamos por los servicios enumerados en la **Sección D**.

Sin cambio en el beneficio de cobertura de medicamentos

El programa CCT no cubre medicamentos. Usted continúa obteniendo su beneficio normal de medicamentos a través de nuestro plan. Si desea más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.

Nota: Si usted necesita cuidados de transición no CCT, llame a su coordinador de atención para concertar los servicios. Los cuidados de transición no CCT son atención no relacionada con su transición desde una institución o centro.

F2. Medi-Cal Dental

Hay ciertos servicios dentales que están disponibles a través de Medi-Cal Dental; puede encontrar más información en el sitio web **SmileCalifornia.org**. Medi-Cal Dental incluye, sin limitarse a ellos, servicios como:

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor
- restauraciones y coronas
- terapia del canal radicular
- dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y realineamientos

Para más información sobre beneficios dentales disponibles en Medi-Cal Dental, o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, contacte a la línea de servicio al cliente llamando al **1-800-322-6384** (usuarios de TTY, llamen al **1-800- 735-2922**). La llamada es gratuita. Hay representantes de Medi-Cal Dental disponibles para ayudarle de 8.00 a.m. a 5.00 p.m., de lunes a viernes. Si desea más información, también puede visitar la página **smilecalifornia.org**.

F3. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

- El Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS, por sus siglas en inglés) a los proveedores de atención inscritos por servicios que se le proporcionen a usted para poder permanecer en su propio hogar de forma segura. El IHSS se considera una alternativa a los cuidados fuera del hogar, como centros de enfermería o centros de alojamiento y atención.
- Para recibir servicios, se realiza una evaluación para determinar qué tipos de servicios pueden autorizarse para cada participante basándose en sus necesidades. Los tipos de servicios que pueden autorizarse a través de IHSS son limpieza doméstica, preparación de comidas, lavandería, compra de alimentos, servicios de cuidado personal (como cuidado intestinal o vesical, baño, arreglo personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para las personas con afectaciones mentales.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar IHSS a la agencia de servicios sociales de su condado. Para solicitar IHSS, llame a la ubicación de la Agencia de Servicios Humanos del Condado de Ventura al 1-805-654-3236 o vaya a la página **https://www.ventura.org/human-services-agency/ihss-recipients_/**.

F4. Servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS) cubiertos por la Exención 1915(c)

Exención de Residencia Asistida (ALW)

- La Exención de Residencia Asistida (ALW, por sus siglas en inglés) ofrece a beneficiarios elegibles de Medi-Cal la opción de vivir en un entorno de vida asistida como alternativa a colocación a largo plazo en un centro de enfermería. El propósito de la ALW es facilitar la transición desde un centro de enfermería de regreso a un entorno comunitario parecido al hogar, o evitar ingresos en enfermería especializada para beneficiarios con necesidad inminente de colocación en centros de enfermería.
- Los miembros que estén inscritos en ALW pueden seguir inscritos en ALW mientras también reciben beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su Agencia de Coordinación de Atención de ALW para coordinar los servicios que usted recibe.
- Debe estar dispuesto a vivir en un entorno de vida asistida ubicado en uno de los condados siguientes: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara y Sonoma.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar ALW. Puede usar el enlace siguiente para encontrar agencias de ALW para ayudarle: https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/List-of-Approved-CCAs.aspx.

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

Exención del Programa de Autodeterminación (SDP, por sus siglas en inglés) de California para personas con Discapacidades del Desarrollo

- Hay dos exenciones 1915(c): la Exención HCBS-DD y la Exención SDP, que proporcionan servicios a personas a las que se ha diagnosticado una discapacidad del desarrollo que comienza antes de que la persona cumpla 18 años y se espera que continúe de forma indefinida. Las dos exenciones son una forma de financiar ciertos servicios que permiten a las personas con discapacidades del desarrollo vivir en su casa o en la comunidad en lugar de residir en un centro de salud con licencia. Los costos de estos servicios se financian conjuntamente por el programa Medicaid del gobierno federal y el estado de California. Su coordinador de atención puede ayudarle a conectar con servicios de Exención DD.

Exención de Alternativa basada en el Hogar y la Comunidad (HCBA)

- La Exención HCBA proporciona servicios de administración de atención a personas en riesgo de colocación institucional o en centro de enfermería. Los servicios de administración de atención los proporciona un Equipo de Administración de Atención multidisciplinar formado por una enfermera y un trabajador social. El equipo coordina los servicios de Exenciones y Planes Estatales (como salud médica, salud del comportamiento, Servicios de Apoyo en el Hogar, etc.) y organiza otros servicios y apoyos a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de administración de atención y exención se basan en la residencia basada en la comunidad del participante. Esta residencia puede ser de propiedad particular, obtenida a través de un arrendamiento, o la residencia de un familiar del participante.
- Los miembros que están inscritos en la Exención HCBA pueden permanecer inscritos en la Exención HCBA al tiempo que también reciben beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención HCBA para coordinar los servicios que usted recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar la HCBA. Pueden encontrarse formularios de solicitud para servicios de HCBA del Condado de Ventura en **https://www.vcaaa.org/wp-content/uploads/2025/03/HCBA_Application_2025.pdf**.

Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP)

- El Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP) ofrece servicios completos de administración de caso y atención directa a personas que viven con VIH, como alternativa a cuidados en un centro de enfermería u hospitalización. La administración de caso es un enfoque en equipo centrado en el participante, formado por una enfermera registrada y un administrador de caso de trabajo social. Los administradores de caso trabajan con el participante y proveedor(es) de atención primaria, familiares, cuidador(es) y otros proveedores de servicios, para evaluar las necesidades de atención para mantener al participante en su hogar y en su comunidad.
- Los objetivos del MCWP son: (1) proporcionar servicios en el hogar y basados en la comunidad a personas con VIH que de lo contrario podrían necesitar servicios institucionales; (2) ayudar a los

participantes al manejo de la salud con VIH; (3) mejorar el acceso a apoyo social y con salud del comportamiento, y (4) coordinar a los proveedores de servicios y eliminar la duplicación de servicios.
- Los miembros que están inscritos en la Exención MCWP pueden permanecer inscritos en la Exención MCWP al tiempo que también reciben beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención MCWP para coordinar los servicios que usted recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar la MCWP. Para contactar a la Agencia del Área del Condado de Ventura para el Envejecimiento, llame al **1-805-477-7300** (TTY **1-800-735-2922**).

Programa Multipropósito de Servicios para Ancianos (MSSP)

- El Programa Multipropósito de Servicios para Ancianos (MSSP) proporciona servicios sociales y de manejo de atención de salud para ayudar a las personas a permanecer en sus propios hogares y comunidades.
- A pesar de que la mayoría de los participantes en el programa también reciben Servicios de Apoyo en el Hogar, MSSP proporciona coordinación de atención continuada, conecta a los participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, se coordina con los proveedores de salud y adquiere algunos servicios necesarios que de otro modo no están disponibles para evitar o retrasar la institucionalización. El costo total anual combinado de administración y atención y otros servicios debe ser más bajo que el costo de recibir atención en un centro de enfermería especializada.
- Un equipo de profesionales de salud y servicios sociales proporciona a cada participante en MSSP una evaluación completa de salud y psicosocial para determinar los servicios necesarios. A continuación el equipo trabaja con el participante en MSSP, su médico, familia y otros para desarrollar un plan de atención individualizada. Los servicios incluyen:
  - administración de atención
  - cuidado de día de adultos
  - reparaciones menores/mantenimiento del hogar
  - servicios suplementarios de tareas en el hogar, cuidado personal y supervisión protectora
  - servicios de relevo
  - servicios de transporte
  - servicios de consejería y terapéuticos
  - servicios de comidas
  - servicios de comunicación.
- Los miembros que están inscritos en la Exención MSSP pueden permanecer inscritos en la Exención MSSP mientras también reciben beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor de MSSP para coordinar los servicios que usted recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar MSSP. Para contactar a la Agencia del Área del Condado de Ventura para el Envejecimiento, llame al **1-805-477-7300** (TTY **1-800-735-2922**). Puede encontrar la solicitud de MSSP en **https://211ventura.org/211-service/211ventura-17183996/**.

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

Usted tiene acceso a servicios de salud del comportamiento médicamente necesarios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Proporcionamos acceso a servicios de salud del comportamiento cubiertos por Medicare y atención administrada de Medi-Cal. Nuestro plan no proporciona servicios especializados de salud mental de Medi-Cal ni servicios para trastornos por consumo de sustancias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través de las agencias de salud del comportamiento del condado.

Usted tiene disponibles servicios especializados de salud mental a través del plan de salud mental (MHP) del condado si usted cumple los criterios para acceder a servicios especializados de salud mental. Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal que proporciona el MHP de su condado incluyen los siguientes:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo con medicamentos
- servicios intensivos de tratamiento de día
- rehabilitación de día
- servicios de intervención ante una crisis
- servicios de estabilización ante una crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial ante una crisis
- servicios de centros de salud psiquiátrica
- servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes hospitalizados
- administración de casos específicos
- servicios de apoyo de iguales
- servicios de intervención móviles en caso de crisis basados en la comunidad
- servicios terapéuticos conductuales
- coordinación de atención intensiva
- servicios intensivos basados en el hogar
- reingreso de personas involucradas con la justicia
- tratamiento asertivo comunitario (ACT)
- tratamiento asertivo comunitario forense (FACT)
- atención especializada coordinada (CSC) para psicosis de primer episodio (FEP)
- servicios de “casa club”
- servicios ampliados de trabajador de salud comunitario (CHW)

Los servicios del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal están disponibles a través de la agencia de salud del comportamiento de su condado si usted cumple los criterios para recibir estos servicios.

- servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- tratamiento residencial para trastornos por consumo de sustancias durante el periodo perinatal
- servicios de tratamiento ambulatorio

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- programa de tratamiento de narcóticos
- medicamentos para tratamiento de adicciones (también llamado Tratamiento Asistido con Medicamentos)
- servicios de apoyo de iguales
- servicios de intervención móvil en caso de crisis basados en la comunidad

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

- servicios de tratamiento ambulatorio
- servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- servicios de hospitalización parcial
- medicamentos para tratamiento de adicciones (también llamado Tratamiento Asistido con Medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial
- servicios de manejo de abstinencia
- programa de tratamiento de narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de atención
- servicios de apoyo de iguales
- servicios de intervención móvil en caso de crisis basados en la comunidad
- servicios de manejo de contingencias
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

Además de los servicios enumerados anteriormente, es posible que tenga acceso a servicios de desintoxicación voluntaria para pacientes hospitalizados si usted cumple los criterios.

Puede acceder a servicios de salud mental de las formas siguientes:

- El número de teléfono puede encontrarlo en su tarjeta de ID de Total Care Advantage.
- Carelon Behavioral Health (no se necesita remisión): **1-855-765-9702** (TTY: **1-800-735-2929**)
- Para servicios especializados de salud mental, para consumo de sustancias y servicios en caso de crisis, llame a Ventura County Behavioral Health (no se necesita remisión): **1-866-998-2243** (TTY: **711**)

Se realizarán evaluaciones de atención de salud mental para ayudar a determinar el nivel apropiado de atención. Total Care Advantage ayudará a coordinar los servicios adecuados para usted.

F6. Servicios para Adultos basados en la Comunidad (CBAS)

Servicios para Adultos basados en la Comunidad (CBAS) ofrece servicios a miembros elegibles con discapacidades para recuperar o conservar el cuidado de sí mismos y retrasar o evitar la institucionalización.

Los servicios CBAS incluyen:

- una evaluación individual;
- servicios profesionales de enfermería;
- terapia física, ocupacional y del habla;

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- servicios de salud mental;
- actividades terapéuticas;
- servicios sociales;
- cuidado personal;
- una comida;
- consejería nutricional;
- transporte de ida y vuelta entre la residencia del participante y el centro CBAS.

Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar CBAS. Para contactar a la Agencia del Área del Condado de Ventura para el Envejecimiento, llame al **1-805-477-7300** (TTY: **1-800-735-2922**).

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

G. Beneficios que no cubren nuestro plan, Medicare ni Medi-Cal

Esta sección le habla de los beneficios excluidos por nuestro plan. "Excluidos" significa que no pagamos por estos beneficios; tampoco pagan por ellos Medicare y Medi-Cal.

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no cubrimos en ninguna circunstancia, y algunos que excluimos, pero solo en algunos casos.

Nosotros no pagamos por beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección (o en ningún otro sitio en este *Manual para Miembros*) salvo en condiciones específicas que se enumeran. Incluso si obtiene los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará por los servicios. Si piensa que nuestro plan debería pagar por un servicio que no está cubierto, puede pedir una apelación. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

Además de cualquier exclusión o limitación descritos en la Tabla de Beneficios, nuestro plan no cubre los artículos y servicios siguientes:

- Servicios no considerados "razonables y médicamente necesarios" según Medicare y Medi-Cal, a menos que estén enumerados como servicios cubiertos
- tratamientos, artículos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que los cubra Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Para más información sobre estudios de investigación clínica, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros*. Los tratamientos y artículos experimentales son los que no están generalmente aceptados por parte de la comunidad médica.
- tratamiento quirúrgico de obesidad mórbida, salvo cuando es médicamente necesario y lo paga Medicare
- habitación privada en un hospital, salvo cuando sea médicamente necesaria
- enfermeras de servicio privado
- objetos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, como teléfono o televisor
- cuidados de enfermería a tiempo completo en su domicilio
- honorarios cobrados por sus parientes inmediatos o miembros de su unidad familiar
- procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines estéticos, antiedad y rendimiento mental) salvo cuando sean médicamente necesarios
- cirugía estética u otros trabajos estéticos, a menos que sean necesarios por una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para que estén igualados
- cuidados quiroprácticos, que no sean manipulación manual de la columna vertebral conforme a las directrices de cobertura
- cuidado rutinario del pie, salvo en lo descrito en servicios de Podología en la Tabla de Beneficios en la **Sección D**
- zapatos ortopédicos, salvo que los zapatos sean parte de un aparato ortopédico para la pierna y estén incluidos en el costo de dicho aparato, o sean para una persona con enfermedad del pie diabético

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad diabética del pie
- queratotomía radial, cirugía LASIK
- reversión de procedimientos de esterilización
- servicios de naturópatas (uso de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios proporcionados a veteranos de guerra en centros de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, cuando un veterano de guerra obtiene servicios de emergencia en un hospital de VA y la parte de costo de VA es más que la parte de costo conforme a nuestro plan, reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de sus cantidades de parte de costo.
- fertilización in vitro (IVF) incluyendo, pero sin limitarse a ello, estudios de infertilidad, procedimientos para diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, o preservación de la fertilidad.
- modificaciones de vehículos
- medicamentos recibidos fuera de los EE.UU. y sus territorios
- honorarios de paramédicos enviados (por parte de la ciudad o el condado) para atención médica de emergencia proporcionada en la escena por parte de un paramédico
- productos de marihuana médica o basados en cannabis
- audífonos y visitas al proveedor para dar servicio a los audífonos (excepto como se describe específicamente en la sección “Beneficios Cubiertos” anterior), audífonos de venta libre (OTC), accesorios para audífonos, tarifas de reclamo de garantía y baterías para audífonos (más allá de las 80 baterías por audífono no recargable comprado).

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

CAPÍTULO 5

Cómo obtener sus medicamentos ambulatorios

Introducción

Este Capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos con receta ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor ordena para usted y que usted obtiene de una farmacia o pidiéndolos por correo. Incluyen medicamentos cubiertos dentro de Medicare Parte D y Medi-Cal. El **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros* le dice lo que usted paga por estos medicamentos. Los términos clave aparecen con sus definiciones por orden alfabético en el último Capítulo de este *Manual para Miembros*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se habla de ellos en este Capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A.** Estos por lo general incluyen medicamentos que se le administran a usted en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunos medicamentos inyectados que se le administran durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y medicamentos que se le administran en una clínica de diálisis. Para saber más sobre qué medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.
- Además la cobertura del plan de Medicare Parte D y beneficios médicos, puede que sus medicamentos los cubra Medicare Original si usted está en hospicio de Medicare. Si desea más información, por favor, consulte el **Capítulo 5, Sección F** si está en un programa de hospicio certificado por Medicare.

Reglas para la cobertura de medicamentos ambulatorios de nuestro plan

Normalmente cubrimos sus medicamentos, siempre y cuando cumpla las reglas de esta sección.

Debe hacer que un proveedor (médico, dentista u otra persona que receta) le haga la receta, que debe ser válida conforme a la ley estatal aplicable. A menudo esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). También podría ser otro proveedor si su PCP le ha remitido para su atención.

La persona que le receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare, ni en ninguna lista similar de Medi-Cal.

Por lo general, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Para más información, consulte la **Sección A1**.) También puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Su medicamento recetado debe estar en la Lista de Medicamentos Cubiertos de nuestro plan, que nosotros llamamos, de forma resumida, la "Lista de Medicamentos". (Consulte la **Sección B** de este Capítulo.)

- Si no está en la *Lista de Medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo concediéndole una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo pedir una excepción.
- Por favor, tenga en cuenta también que la petición de cubrir su medicamento recetado se evaluará conforme a los estándares tanto de Medicare como de Medi-Cal.

Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada; esto significa que su uso, o bien está autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o se apoya en ciertas referencias médicas. Es posible que la persona que le receta pueda ayudar a identificar referencias médicas en apoyo del uso solicitado del medicamento recetado.

Es posible que su medicamento necesite aprobación de nuestro plan basándose en ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** en este Capítulo.)

Índice

A. Cómo surtir sus recetas.....150

A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red 150

A2. Cómo usar su Tarjeta de ID de Miembro cuando surta una receta.....150

A3. Qué hacer si usted cambia su farmacia de la red 150

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red.....151

A5. Cómo utilizar una farmacia especializada.....151

A6. Cómo usar servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos.....151

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 153

A8. Cómo utilizar una farmacia no perteneciente a nuestra red 153

A9. Cómo obtener el reembolso por una receta 153

B. Lista de Medicamentos de nuestro plan.....155

B1. Medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos 155

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos.....156

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos 156

B4. Categorías de parte de costo de la Lista de Medicamentos.....157

C. Límites sobre algunos medicamentos.....158

D. Motivos por los que puede que su medicamento no esté cubierto.....160

D1. Cómo obtener un suministro temporal.....160

D2. Cómo pedir un suministro temporal.....161

D3. Cómo pedir una excepción 161

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos.....162

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....165

F1. En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia que cubre nuestro plan 165

F2. En un centro de atención a largo plazo.....165

F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare.....165

G. Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos.....166

G1. Programas para ayudarle a utilizar medicamentos de forma segura 166

G2. Programas para ayudarle a manejar sus medicamentos.....166

G3. Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar medicamentos opioides de forma segura.....167

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

A. Cómo surtir sus recetas

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

En la mayoría de los casos, pagamos por las recetas solo cuando se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar cualquiera de las farmacias de nuestra red. (Para información sobre cuándo cubrimos recetas surtidas en farmacias no pertenecientes a la red, consulte la **Sección A8**).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o contacte al Departamento de Servicios para Miembros.

A2. Cómo utilizar su Tarjeta de ID de Miembro cuando surta una receta

Para surtir su receta, **muestre su Tarjeta de ID de Miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo de su medicamento cubierto. Puede que usted necesite pagar a la farmacia un copago cuando recoja su receta.

Recuerde, usted necesita su tarjeta de Medi-Cal o Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) para acceder a medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.

Si no tiene con usted su Tarjeta de ID de Miembro o BIC cuando surte su receta, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que consulte su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, puede que usted tenga que pagar el costo completo de la receta cuando la recoja. Después usted puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte. **Si usted no puede pagar el medicamento, contacte inmediatamente al Departamento de Servicios para Miembros.** Haremos todo lo que podamos para ayudar.

- Para pedirnos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, contacte al Departamento de Servicios para Miembros.

A3. Qué hacer si usted cambia su farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita volver a surtir una receta, puede, o bien pedir a un proveedor que le haga una receta nueva, o pedir a su farmacia que transfiera la receta a la farmacia nueva si aún le quedan por surtir medicamentos. Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, contacte al Departamento de Servicios para Miembros.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usted utiliza abandona la red de nuestro plan, debe encontrar una nueva farmacia de la red. Para ello, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web, o contacte al Departamento de Servicios para Miembros.

A5. Cómo utilizar una farmacia especializada

A veces las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes en un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería.
  - » Normalmente los centros de atención a largo plazo tienen su propia farmacia. Si usted es residente en un centro de atención a largo plazo, nos aseguramos de que puede obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
  - » Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no está en nuestra red o usted tiene problemas para obtener sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, contacte al Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias de Proveedores de Salud Indios (IHCP, por sus siglas en inglés), los Miembros Indios Americanos y Nativos de Alaska tienen acceso a farmacia en un Proveedor de Salud Indio (IHCP) en el grado en que tengan una farmacia minorista inscrita. Si usted no es Indio Americano ni Nativo de Alaska, puede que usted todavía reciba servicios de una farmacia minorista en un IHCP si se le asigna a la clínica para una emergencia.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones, o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación es raro que se produzca.)
- Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web, o contacte al Departamento de Servicios para Miembros.

A6. Cómo utilizar servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos disponibles mediante pedidos por correo son los que usted toma de forma regular para una afección crónica o de larga duración.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir como mínimo un suministro para 30 días del medicamento, con un máximo de un suministro para 100 días. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Cómo surtir recetas por correo

Para información sobre cómo surtir sus recetas por correo, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para informarse sobre el proceso. El número de teléfono aparece en la parte inferior de esta página.

Normalmente las recetas pedidas por correo llegan en 7-10 días. Si hay un retraso para recibir su receta por correo, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-888-301-1228** (TTY: **711**) y pedir un suministro temporal en una farmacia local.

Procesos de pedidos por correo

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

1. **Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted**
   La farmacia surte y entrega automáticamente las recetas nuevas que recibe de usted.
2. **Recetas nuevas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor**
   Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de salud, lo contacta a usted para saber si quiere que el medicamento se surta inmediatamente o en otro momento.

   - Esto le da a usted la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entrega el medicamento correcto (incluyendo potencia, cantidad y formato) y, si es necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se facture y se envíe.
   - Responda cada vez que le contacte la farmacia, para decirles qué hacer con la receta nueva y evitar cualquier retraso en el envío.
3. **Resurtidos de recetas de pedidos por correo**
   Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Dentro de este programa comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestran que usted debe estar cerca de quedarse sin su medicamento.

   - La farmacia lo contacta antes de enviar cada resurtido, para asegurase de que usted necesita más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene bastante medicamento o si su medicamento ha cambiado.
   - Si decide no utilizar nuestro programa para volver a surtir recetas automáticamente, contacte a su farmacia 14 días antes de que se agote su receta actual, para asegurarse de que su próximo pedido se le envía a tiempo.

Para salirse de nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos por correo, contáctenos llamando al Servicio de Ayuda para Miembros de Prime Therapeutics, al **1-855-681-7966** (TTY: **711**).

Diga a la farmacia cuáles son las mejores formas de contactarlo, para que puedan comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo. Puede enviar al Servicio de Ayuda para Miembros de Prime Therapeutics al **1-855-681-7966** (TTY: **711**) para que le ayuden con cualquier cambio en sus recetas.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, para una afección médica crónica o de larga duración.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El *Directorio de Proveedores y Farmacias* le dice qué farmacias pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento.

Para ciertos tipos de medicamentos puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para informarse sobre los servicios de pedidos por correo, Consulte la **Sección A6**.

A8. Cómo utilizar una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan

Por lo general, solo pagamos por medicamentos surtidos en una farmacia no perteneciente a la red cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio en las que puede surtir recetas como miembro de nuestro plan. En estos casos, compruebe en el Departamento de Servicios para Miembros primero para saber si hay cerca una farmacia de la red.

Pagamos por las recetas surtidas en farmacias no pertenecientes a la red en los casos siguientes:

- Enfermedad mientras está viajando fuera del área de servicio del plan (dentro de los EE.UU.) donde no hay farmacia de la red. Puede que usted tenga que pagar la diferencia entre lo que usted paga en una farmacia de la red si usted obtiene sus medicamentos en una farmacia no perteneciente a la red.
- Si el medicamento de Parte D cubierto está relacionado con atención para una emergencia médica cuando no hay disponibles farmacias de la red.
- Durante cualquier desastre federal u otra emergencia de salud pública en que usted sea evacuado o se vea desplazado de otro modo de su lugar de residencia y no pueda acceder a una farmacia de la red.
- En situaciones de emergencia en las que usted no pueda utilizar una farmacia de la red, pagamos un suministro de hasta 30 días de sus medicamentos.

A9. Cómo obtener reembolso por una receta

Si usted debe usar una farmacia no perteneciente a la red, por lo general usted debe pagar el costo completo en lugar de un copago cuando obtenga su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Puede que usted tenga que pagar la diferencia entre lo que usted paga en la farmacia no perteneciente a la red y el costo que cubriríamos nosotros en una farmacia perteneciente a la red.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Si usted pagó el costo completo de su receta que puede estar cubierta por Medi-Cal Rx, es posible que pueda recibir un reembolso por parte de la farmacia una vez que Medi-Cal Rx haya pagado por la receta. Alternativamente, puede pedir el reembolso a Medi-Cal Rx presentando el reclamo llamado "Reembolso de Gastos Directos de su Bolsillo de Medi-Cal (Conlan)". Puede encontrarse más información en el sitio web de Medi-Cal Rx, **medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/**.

Para saber más sobre esto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.

B. La *Lista de Medicamentos* de nuestro plan

Tenemos una *Lista de Medicamentos Cubiertos*, que llamamos de forma abreviada la *"Lista de Medicamentos"*.

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

Por lo general, cubrimos un medicamento de la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan cuando usted cumple las reglas que explicamos en este Capítulo.

B1. Medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos*

Nuestra *Lista de Medicamentos* incluye medicamentos cubiertos dentro de Medicare Parte D.

La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, tales como los medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y ciertas vitaminas, puede que estén cubiertos por Medi-Cal Rx. Para más información, por favor, visite el sitio web de Medi-Cal Rx (**medi-calrx.dhcs.ca.gov**). También puede llamar al Centro de Atención al Cliente de Medi-Cal al **800-977-2273**. Cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx, por favor, traiga su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal.

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

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende bajo una marca registrada, propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra *Lista de Medicamentos*, cuando hablamos de "medicamentos", puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas, llamadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca, y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin que sea necesaria una receta nueva, de la misma manera que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

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

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*

Para saber si un medicamento que usted toma está en nuestra *Lista de Medicamentos*, usted puede:

- Visitar el sitio web de nuestro plan, **www.goldcoasthealthplan.org**. La *Lista de Medicamentos* de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento está en nuestra *Lista de Medicamentos* o para pedir una copia de la lista.
- Los medicamentos que no cubre la Parte D puede que estén cubiertos por Medi-Cal Rx. Para más información, por favor, visite el sitio web de Medi-Cal Rx (**medi-calrx.dhcs.ca.gov/**)
- Utilice nuestra "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" en **www.goldcoasthealthplan.org** para buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos, para obtener una estimación de lo que usted pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que podría tratar la misma afección. Puede también llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

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

Nosotros no cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de Medicamentos* porque la ley no nos permite cubrir esos medicamentos.
- En otros casos hemos incluido no incluir un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que usted pueda obtener un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*. Si desea más información, consulte el **Capítulo 9**.

Nuestro plan no paga por los tipos de medicamentos descritos en esta sección, llamados **medicamentos excluidos**. Si usted obtiene una receta para un medicamento excluido, puede que tenga que pagarla usted mismo. Si piensa que en su caso deberíamos pagar por un medicamento excluido, puede presentar una apelación. Para más información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

Estas son tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos ambulatorios de nuestro plan (que incluye Medicare Parte D) no puede pagar por un medicamento que ya cubren Medicare Parte A o Medicare Parte B. Nuestro plan cubre medicamentos cubiertos dentro de Medicare Parte A o Medicare Parte B sin costo, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o apoyado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor puede recetar un medicamento específico para tratar su afección, incluso si no fue aprobado para tratar esa afección. Esto se llama "uso fuera de etiqueta". Normalmente nuestro plan no cubre medicamentos recetados para uso fuera de etiqueta.

Además, por ley, ni Medicare ni Medi-Cal pueden cubrir los medicamentos siguientes.

- Medicamentos usados para promover la fertilidad
- Medicamentos usados para el alivio de la tos o síntomas del resfriado*
- Medicamentos usados para fines estéticos, o para fomentar el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor*
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos usados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o ganancia de peso*
- Medicamentos ambulatorios elaborados por una compañía que dice que debe recibir pruebas o servicios que sólo ofrecen ellos

*Puede que algunos productos seleccionados los cubra Medi-Cal. Para más información, por favor, visite el sitio web de Medi-Cal Rx (**www.medi-calrx.dhcs.ca.gov**).

B4. Categorías de parte de costo de la *Lista de Medicamentos*

Cada medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos* está en una categoría. Una categoría es un grupo de medicamentos.

La categoría de medicamentos de Total Care Advantage incluye medicamentos genéricos y de marca. Por lo general, usted pagará un costo más bajo por los medicamentos genéricos que el que pagaría por los medicamentos de marca.

Para saber en qué categoría está su medicamento, búsquelo en nuestra *Lista de Medicamentos*.

El **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros* le dice la cantidad que usted paga por los medicamentos de esta categoría.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

C. Límites para algunos medicamentos

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

Si hay una regla especial para su medicamento, eso normalmente significa que usted o su proveedor deben hacer cosas adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, puede que su proveedor tenga que decirnos primero su diagnóstico, o proporcionarnos resultados de análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, pídanos que utilicemos el proceso de decisión sobre cobertura para hacer una excepción. Puede que aceptemos o no permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para saber más sobre cómo pedir excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

1. **Limitación de uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando hay disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable**
   Por lo general, el medicamento genérico o biosimilar intercambiable funciona igual que el medicamento de marca o producto biológico original, y suele costar menos. Si hay disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto genérico original, las farmacias de nuestra red le dan la versión genérica.
   - Normalmente no pagamos por el medicamento de marca o producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
   - Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho el motivo médico por el cual no funcionará para usted el medicamento genérico o biosimilar intercambiable, **o** si ha escrito “No sustituciones” en su receta para un medicamento de marca o producto biológico original, **o** nos ha dicho el motivo médico por el cual no funcionan para usted el medicamento genérico, biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que traten la misma afección, entonces cubrimos el medicamento de marca.
   - Es posible que su copago sea mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable.

2. **Cómo obtener la aprobación del plan con antelación**
   Para algunos medicamentos, usted o la persona que le receta deben recibir la autorización de nuestro plan antes de surtir su receta; esto se llama autorización previa. Esto se hace para garantizar la seguridad del medicamento y ayudar a guiar un uso apropiado de ciertos medicamentos. Si usted no recibe autorización, puede que no cubramos el medicamento. Para más información sobre autorización previa, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página, o en nuestro sitio web, **www.goldcoasthealthplan.org**.

3. **Límites de cantidad**
Para algunos medicamentos limitamos la cantidad del medicamento que usted puede tener; esto se llama un límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de cierto medicamento, puede que limitemos cuánto medicamento puede obtener cada vez que surta su receta.

Para saber si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*. Para la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web, **www.goldcoasthealthplan.org**. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión sobre cobertura basándose en cualquiera de los motivos anteriores, puede pedir una apelación. Por favor, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

D. Motivos por los que puede que su medicamento no esté cubierto

Intentamos hacer que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces puede que un medicamento no esté cubierto en la forma que usted desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. Puede que el medicamento no esté en nuestra *Lista de Medicamentos*. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted quiere tomar. Es posible que un medicamento sea nuevo y todavía no hayamos revisado su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay límites o reglas especiales sobre cobertura. Como se explica en la Sección anterior, algunos medicamentos cubiertos por nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o la persona que le receta quiera pedirnos una excepción.

Hay cosas que usted puede hacer si no cubrimos un medicamento en la forma que usted desea que lo cubramos.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o tiene algún tipo de límite. Esto le da tiempo a usted a hablar con su proveedor sobre obtener un medicamento distinto, o a pedirnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, usted debe cumplir las dos reglas siguientes:

1. El medicamento que usted ha estado tomando:
   - ya no está en nuestra *Lista de Medicamentos* **o**
   - nunca estuvo en nuestra *Lista de Medicamentos* **o**
   - tiene ahora algún tipo de limitación.
2. Usted debe estar en una de estas situaciones:
   - Usted es nuevo en nuestro plan.
     - » Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan**.
     - » Este suministro temporal es para un máximo de 30 días.
     - » Si su receta es para menos días, permitimos resurtidos múltiples, para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
     - » Puede que las farmacias de atención a largo plazo proporcionen su medicamento en cantidades pequeñas cada vez, para evitar desperdicio.
   - Usted lleva en nuestro plan más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente.
     - » Cubrimos un solo suministro para 31 días, o menos si su receta se ha emitido para menos días. Esto es además del suministro temporal anterior.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

D2. Cómo pedir un suministro temporal

Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro. Sus opciones son las siguientes:

- Cambiar a otro medicamento.
  Es posible que nuestro plan cubra un medicamento diferente que funcione para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para pedir una lista de medicamentos que cubrimos que traten la misma afección. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento que pueda funcionar para usted.
  O
- Pedir una excepción.
  Usted y su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene un buen motivo médico para una excepción, puede ayudarle a pedirla.

D3. Cómo pedir una excepción

Si un medicamento que usted toma va a ser retirado el próximo año de nuestra *Lista de Medicamentos* o va a estar limitado en algún modo, le permitimos que pida una excepción antes del próximo año.

- Le informamos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Pídanos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento para el próximo año en la forma que usted desearía.
- Contestamos a su petición de excepción en el plazo de 72 horas tras haber recibido su petición (o la declaración de apoyo de la persona que se lo receta).
- Si aprobamos su petición, autorizaremos la cobertura para su medicamento antes de que entre en vigor el cambio.

Para saber más sobre cómo pedir una excepción, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

Si necesita ayuda para pedir una excepción, contacte al Departamento de Servicios para Miembros.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos tienen lugar el 1 de enero, pero puede que añadamos o retiremos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* a lo largo del año. Puede que también cambiemos nuestras reglas sobre medicamentos; por ejemplo, puede que:

- decidamos pedir o no pedir aprobación previa (PA) para un medicamento (permiso nuestro antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- añadamos o modifiquemos o modificar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (límites de cantidad).
- añadamos o cambiemos las restricciones de terapia por pasos para un medicamento (usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).
- sustituyamos un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Antes de cambiar la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan, debemos seguir los requisitos de Medicare. Si desea más información sobre estas reglas sobre medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si usted toma un medicamento que cubríamos al inicio del año, por lo general no lo eliminaremos ni cambiaremos la cobertura **durante el resto del año** a menos que:

- llegue al mercado un medicamento nuevo más barato que funcione igual de bien que un medicamento que está actualmente en nuestra *Lista de Medicamentos*, **o**
- llegue a nuestro conocimiento que el medicamento no es seguro, **o**
- se retire el medicamento del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que usted está tomando?

Para obtener más información sobre qué sucede cuando cambia nuestra *Lista de Medicamentos*, usted siempre puede:

- consultar en línea nuestra *Lista de Medicamentos* actual en la página **www.goldcoasthealthplan.org** o
- llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número en la parte inferior de la página para comprobar nuestra *Lista de Medicamentos* actual.

Cambios que puede que hagamos en la Lista de Medicamentos que le afectan durante el año actual del plan

Hay algunos cambios en la Lista de Medicamentos que tienen lugar inmediatamente; por ejemplo:

- Hay disponible un medicamento genérico nuevo. A veces llega al mercado un medicamento genérico o biosimilar nuevo que funciona igual de bien que un medicamento de marca o producto biológico original que hay actualmente en la Lista de Medicamentos. Cuando sucede eso, puede que eliminemos el

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

medicamento de marca y añadamos el medicamento genérico nuevo, pero su costo por el medicamento nuevo seguirá siendo el mismo.

Cuando añadamos el nuevo medicamento genérico, es posible que también decidamos mantener en la lista el medicamento de marca, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- » Puede que no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez haya tenido lugar.
- » Usted o su proveedor pueden pedir una "excepción" a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que debe dar para pedir una excepción. Por favor, consulte el **Capítulo 9** de este manual.

Retirada de medicamentos inseguros y otros medicamentos que salen del mercado. Es posible que a veces se descubra que un medicamento es inseguro, o se retire del mercado por otro motivo. Si sucede esto, puede que lo eliminemos inmediatamente de nuestra *Lista de Medicamentos*. Si usted está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de que hagamos el cambio. Si recibe el aviso, por favor, contacte con el médico que le recetó o su farmacéutico y pregunte qué hacer a continuación.

Puede que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que toma. Le informamos con antelación sobre estos otros cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*, que pueden tener lugar si:

- La FDA proporciona directrices nuevas o hay directrices clínicas nuevas para un medicamento.

Cuando suceden estos cambios, nosotros:

- Le informaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en nuestra *Lista de Medicamentos* **o**
- Se lo diremos, y le daremos un suministro para 30 días del medicamento, después de que usted pida volver a surtirlo.

Esto le da tiempo a usted a hablar con su médico u otra persona que receta, que pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de Medicamentos* que puede tomar en su lugar, o
- Si debe pedir una excepción a estos cambios para seguir cubriendo la versión del medicamento que ha estado tomando. Para saber más sobre cómo pedir excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

Cambios en su *Lista de Medicamentos* que no lo afectan durante este año del plan

Puede que hagamos cambios en medicamentos que usted toma que no se han descrito aquí, y que actualmente no le afectan a usted. Para esos cambios, si usted está tomando un medicamento que cubríamos al inicio del año, por lo general no retiramos ese medicamento ni cambiamos su cobertura **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si retiramos un medicamento que usted está tomando o limitamos su uso, en ese caso el cambio no afecta a su uso del medicamento, ni a lo que usted paga por el medicamento durante el resto del año.

Si sucede cualquiera de estos cambios para un medicamento que usted está tomando (salvo los cambios enumerados en la sección anterior), el cambio no afectará al uso por parte de usted hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le avisaremos directamente acerca de estos tipos de cambios durante el año actual. Usted deberá comprobar la *Lista de Medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio que le afectará durante el siguiente año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia que cubre nuestro plan

Si usted ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia que cubre nuestro plan, por lo general cubrimos el costo de sus medicamentos durante su estancia. Usted no pagará un copago. Una vez salga del hospital o centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

Para saber más sobre cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros*.

F2. En un centro de atención a largo plazo

Normalmente los centros de atención a largo plazo, como los centros de enfermería, tienen su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted vive en un centro de atención a largo plazo, puede obtener medicamentos con receta a través de la farmacia del centro si es parte de nuestra red.

Compruebe su *Directorio de Proveedores y Farmacias* para saber si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o necesita más información, contacte al Departamento de Servicios para Miembros.

F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo.

- Puede que usted esté inscrito en un hospicio de Medicare y necesite ciertos medicamentos (p. ej. medicamentos para el dolor, antináuseas, laxantes o contra la ansiedad) que no cubre su hospicio porque no están relacionados con sus afecciones y pronóstico terminal. En ese caso, nuestro plan debe recibir notificación de la persona que receta o su proveedor de hospicio que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrir el medicamento.
- Para evitar retrasos en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debería cubrir nuestro plan, puede pedir a su proveedor de hospicio o persona que le receta que se asegure de que tenemos la notificación de que el medicamento no está relacionado, antes de que usted pida a una farmacia que surta su receta.

Si usted abandona el hospicio, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar cualquier retraso en una farmacia cuando acabe su beneficio de hospicio de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar que ha abandonado el hospicio.

Consulte secciones anteriores de este Capítulo que hablan de los medicamentos que cubre nuestro plan. Para más información sobre el beneficio de hospicio, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

G. Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos

G1. Programa para ayudarle a usar medicamentos de forma segura

Cada vez que usted surte una receta, buscamos posibles problemas, como errores con medicamentos o medicamentos que:

- puede que no sean necesarios porque usted toma otro medicamento similar que hace lo mismo
- puede que no sean seguros para su edad o género
- podrían causarle daño si los toma al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que usted es alérgico, o podría serlo
- tienen cantidades no seguras de medicamento opioide para el dolor
- puedan tener un error en la cantidad (dosis)

Si encontramos un posible problema con su uso de medicamentos, trabajamos con su proveedor para corregir el problema.

G2. Programas para ayudarle a manejar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a miembros que tengan necesidades de salud complejas. En esos casos puede que usted sea elegible para obtener servicios, sin costo para usted, mediante un programa de manejo de terapia con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito, y le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos están funcionando para mejorar su salud. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le realizará una revisión completa de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- cómo obtener el mayor beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier preocupación que usted tenga, como costos de medicamentos y reacciones a medicamentos
- cómo tomar mejor sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que usted tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre.

Después, le darán:

- un resumen por escrito de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para un mejor uso de sus medicamentos.
- una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que toma, cuánto toma y cuándo y por qué los toma.
- información sobre cómo desechar de forma segura medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Es buena idea hablar con la persona que le receta sobre su plan de acción y lista de medicamentos.

- Lleve con usted su plan de acción y lista de medicamentos a su visita, o todas las veces que hable con sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de salud.
- Lleve su lista de medicamentos con usted si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y sin costo para los miembros que reúnan los requisitos. Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribimos a usted en el programa y le enviamos información. Si no quiere estar en el programa, díganoslo y lo sacaremos de él.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, contacte al Departamento de Servicios para Miembros.

G3. Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar medicamentos opioides de forma segura

Tenemos un programa que ayuda a asegurarse de que los miembros utilizan los opioides con receta de forma segura, así como otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés).

Si usted utiliza medicamentos opioides que obtiene de distintas farmacias o personas que recetan, o si ha tenido una sobredosis de opioides reciente, puede que hablemos con quienes le recetan para asegurarnos que su uso de medicamentos opioides es apropiado y médicamente necesario. Trabajando con quienes le recetan, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con benzodiazepinas u opioides puede no ser seguro, es posible que limitemos la forma en que usted puede obtener esos medicamentos. Si lo incluimos a usted en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir:

- exigir que usted obtenga todas las recetas para esos medicamentos de una farmacia o farmacias determinadas
- exigir que usted obtenga todas sus recetas de medicamentos con opioides o benzodiazepinas de una persona o personas que receta(n) determinada(s)
- limitar la cantidad de medicamentos con opioides o benzodiazepinas que cubrimos para usted

Si tenemos planeado limitar la forma en que usted obtiene estos medicamentos, o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. La carta le dirá si vamos a limitar la cobertura de esos medicamentos, o si usted deberá obtener las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

Usted tendrá una oportunidad de decirnos qué prescriptores o farmacias prefiere utilizar y cualquier información que usted considere que es importante que conozcamos. Después de que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirma las limitaciones.

Si piensa que hemos cometido un error, no está de acuerdo con nuestra decisión o la limitación, usted y la persona que le receta puede presentar una apelación. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

relacionada con limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviamos automáticamente su caso a una Organización de Revisión Independiente (IRO). (Para saber más sobre apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.)

Puede que no se le aplique a usted el DMP si usted:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia de células falciformes,
- está recibiendo cuidados de hospicio, paliativos o de fin de la vida, o
- vive en un centro de atención a largo plazo.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

CAPÍTULO 6

Lo que usted paga por Medicare y Medi-Cal

Introducción

Este Capítulo le dice lo que usted paga por sus medicamentos ambulatorios con receta. Cuando hablamos de "medicamentos", nos referimos a:

- medicamentos de Medicare Parte D, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos dentro de Medi-Cal Rx

Al ser usted elegible para Medi-Cal, usted obtiene "Ayuda Extra" de Medicare para ayudar a pagar por sus medicamentos de Medicare Parte D. Le hemos enviado un documento por separado, llamado "Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Extra para pagar por Medicamentos con Receta" (también conocido como "Anexo de Subsidios por Ingresos Bajos" o "Anexo LIS"), que le habla de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, por favor, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida el "Anexo LIS."

> **"Ayuda Extra"** es un programa de Medicare que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos de Medicare Parte D, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda Extra también se llama el "Subsidio por Ingresos Bajos" o "LIS."

Hay otros términos clave, con sus definiciones, que aparecen por orden alfabético en el último Capítulo de este *Manual para Miembros*.

Para saber más sobre medicamentos con receta, puede consultar en los lugares siguientes:

- Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos*.
  - » A esto le llamamos la *"Lista de Medicamentos."* Le dice:
    - › Qué medicamentos pagamos
    - › Si los medicamentos tienen algún límite
  - » Si necesita una copia de nuestra *Lista de Medicamentos*, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Puede también encontrar la lista más actualizada de nuestra *Lista de Medicamentos* en nuestro sitio web, **www.goldcoasthealthplan.org**.
  - » La mayoría de los medicamentos con receta que obtiene de una farmacia están cubiertos por Total Care Advantage. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y ciertas vitaminas, puede que estén cubiertos por Medi-Cal Rx. Para más

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

información, visite el sitio web de Medi-Cal Rx (**medi-calrx.dhcs.ca.gov/**). También puede llamar al Centro de Atención al Cliente de Medi-Cal Rx al **800-977-2273**. Por favor, traiga su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

- El **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.
  - Le explica cómo obtener sus medicamentos ambulatorios a través de nuestro plan.
  - Incluye las reglas que debe seguir, y también dice qué tipos de medicamentos con receta no cubre nuestro plan.
  - Cuando utilice la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" del plan para consultar cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que se muestra es una estimación de los gastos directos de su bolsillo que se espera que usted pague. Si desea más información, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

- Nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
  - En la mayoría de los casos, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
  - El *Directorio de Proveedores y Farmacias* contiene las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para más información sobre farmacias de la red.

Índice

A. La *Explicación de Beneficios* (EOB) 172

B. Cómo hacer seguimiento de los costos de sus medicamentos 173

C. Etapas de Pago de Medicamentos recetados de medicamentos de Medicare Parte D 175

C1. Nuestro plan tiene una categoría de parte de costo 175

C2. Sus elecciones de farmacia.....175

C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 177

C4. Lo que usted paga.....177

D. Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial 178

D1. Sus elecciones de farmacia.....178

D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 178

D3. Lo que usted paga.....178

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

D4. Fin de la Etapa de Cobertura Inicial 179

E. Etapa 2: Etapa de Cobertura Catastrófica.....180

F. Sus costos de medicamentos si su médico le receta suministro para menos de un mes.....181

G. Lo que usted paga por las vacunas de Parte D.....182

G1. Qué debe saber antes de obtener una vacuna 182

G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por Medicare Parte D.....182

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

A. La *Explicación de Beneficios* (EOB)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted hace cuando obtiene recetas en la farmacia. Hacemos seguimiento de dos tipos de costos:

- Sus **gastos directos de su bolsillo**. Esta es la cantidad de dinero que usted, u otros en nombre de usted, pagan por sus recetas. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento de Parte D cubierto, cualquier pago por sus medicamentos que hagan su familia o amigos, cualesquiera pagos por sus medicamentos por parte de "Ayuda Extra" de Medicare, planes de salud de empleados o sindicatos, Servicio de Salud Indio, programas de ayuda con medicamentos para el SIDA, entidades benéficas y la mayoría de los Programas estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés).
- Sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos de Parte D cubiertos. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos de Parte D cubiertos.

Cuando usted obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado la *Explicación de Beneficios*, a la que nos referimos de forma abreviada por sus siglas en inglés, "EOB". La EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que usted toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con menor parte de costo que puede haber disponibles. Puede hablar con la persona que le receta sobre estas opciones de menor costo. La EOB incluye:

- **Información del mes.** El resumen le dice qué medicamentos obtuvo para el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que hemos pagado nosotros, y lo que usted y otros pagaron por usted.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre precio de medicamentos.** Este es el precio total del medicamento y cambios en el precio del medicamento desde la primera vez que se surtió el reclamo de cada receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando aplique, información sobre otros medicamentos disponibles con menor parte de costo para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos dentro de Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan para el total de sus gastos directos de su bolsillo.
- La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y ciertas vitaminas, puede que estén cubiertos por Medi-Cal Rx. Si desea más información, por favor, visite el sitio web de Medi-Cal Rx (**www.medi-calrx.dhcs.ca.gov**). También puede llamar al centro de atención al cliente de Medi-Cal al **800-977-2273**. Por favor, traiga su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

B. Cómo hacer seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para hacer seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que hace usted, utilizamos registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Esta es la forma en que puede ayudarnos:

1. **Utilice su Tarjeta de ID de Miembro.**
   Muestre su Tarjeta de ID de Miembro cada vez que surta una receta; esto nos ayuda a saber qué recetas surte usted y lo que paga.

2. **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.**
   Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento.

   Estos son algunos ejemplos de cuándo debe usted darnos copias de sus recibos:

   - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilice una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan
   - Cuando usted pague un copago para medicamentos que usted obtenga dentro de un programa de ayuda a pacientes de un fabricante de medicamentos
   - Cuando usted compre medicamentos cubiertos en una farmacia no perteneciente a la red
   - Cuando usted pague el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales

   Para más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.

3. **Envíenos información sobre pagos que otros hacen por usted.**
   Los pagos realizados por determinadas personas y organizaciones distintos también cuentan para sus gastos de su bolsillo. Por ejemplo, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indio y la mayoría de entidades benéficas cuentan para sus gastos de su bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir los requisitos para cobertura catastrófica. Cuando usted llega a la Etapa de Cobertura Catastrófica, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de Medicare Parte D durante el resto del año.

4. **Compruebe las EOB que le enviamos.**

   Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que está completa y es correcta.

   - **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Compruebe las fechas. ¿Recibió usted medicamentos ese día?
   - **¿Recibió usted los medicamentos que se enumeran?** ¿Coinciden con los enumerados en sus recibo? ¿Coinciden los medicamentos con lo que recetó su médico?

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

¿Qué hacer si encuentra errores en este resumen?

Si en esta EOB hay algo confuso, o parece que no está bien, por favor, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de Total Care Advantage. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio de Internet, **www.goldcoasthealthplan.org**.

¿Qué pasa con un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que usted no está tomando, o cualquier otra cosa que le parece sospechosa, por favor, contáctenos.

- Llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de Total Care Advantage.
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar a estos números de forma gratuita.
- Si usted sospecha que un proveedor que recibe Medi-Cal ha cometido fraude, desperdicio o abuso, usted tiene derecho a reportarlo llamando al número confidencial gratuito **1-800-822-6222**. Puede encontrar otros métodos de reportar fraude de Medi- Cal en: **www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx**.

Si piensa que hay algo que está mal o falta algo, o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

C. Etapas de Pago de Medicamentos recetados de medicamentos de Medicare Parte D

Conforme a nuestro plan hay dos etapas de pago de su cobertura de medicamentos de Medicare Parte D. Lo que usted paga por cada receta depende de en qué etapa esté usted cuando surta o resurta una receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial	Etapa 2: Etapa de Cobertura Catastrófica
Durante esta etapa, pagamos parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte. Su parte se llama el "copago". Usted comienza esta etapa cuando surte su primera receta del año.	Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026. Usted comienza esta etapa cuando ya ha pagado una cierta cantidad de gastos de su bolsillo.

C1. Nuestro plan tiene una categoría de parte del costo

Cada medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* está en una categoría. La categoría de medicamentos de Total Care Advantage incluye medicamentos genéricos y de marca. Por lo general, usted pagará un costo más bajo por los medicamentos genéricos del que pagaría por los medicamentos de marca.

- Los medicamentos genéricos de la Categoría 1 tienen el copago más bajo. Los medicamentos de la Categoría 1 incluyen medicamentos genéricos y de marca.

Usted paga lo siguiente para los copagos de cada medicamento en esta categoría:

Medicamentos genéricos: $0 or $1.60, or $5.10

Medicamentos de marca: $0 or $4.90, or $12.65

Consulte la **Sección C4** más adelante en este Capítulo para saber lo que usted paga por los medicamentos genéricos y de marca.

C2. Sus elecciones de farmacia

Cuánto paga usted por un medicamento depende de dónde obtiene usted el medicamento:

- una farmacia de la red, **o**
- una farmacia no perteneciente a la red. En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias no pertenecientes a la red. Para saber cuándo lo hacemos, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* para saber cómo presentar una apelación si le dicen que no se va a cubrir un medicamento. Para saber más sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* y nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos puede obtener un suministro a largo plazo (también llamando un "suministro extendido") cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días, que le cuesta a usted igual que el suministro para un mes.

Si desea detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* o nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

C4. Lo que usted paga

Es posible que usted pague un copago cuando surte una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Para saber cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto, contacte al Departamento de Servicios para Miembros.

La mayoría de los medicamentos con receta que usted obtiene de una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y ciertas vitaminas, puede que estén cubiertos por Medi-Cal Rx. Para más información, por favor, visite la página de Medi- Cal Rx (**medi-calrx.dhcs.ca.gov/**). También puede llamar al centro de atención al cliente de Medi-Cal al **800-977-2273**. Por favor, cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx, traiga su tarjeta de identificación de miembro (BIC) de Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Su parte del costo cuando usted obtiene suministro para un mes de un medicamento cubierto de:

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 30 días	**El servicio de pedidos por correo de nuestro plan** Un suministro para un mes o hasta 30 días	**La farmacia de un centro de atención a largo plazo de la red** Un suministro de hasta 31 días	**Una farmacia no perteneciente a la red** Un suministro de hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos Para más detalles, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.
Medicamentos genéricos	$0 o $1.60 o $5.10	$0 o $1.60 o $5.10	$0 o $1.60 o $5.10	$0 o $1.60 o $5.10
Medicamentos de marca	$0 o $4.90 o $12.65 Su copago depende del nivel de “Ayuda Extra” que usted reciba.	$0 o $4.90 o $12.65 Su copago depende del nivel de “Ayuda Extra” que usted reciba.	$0 o $4.90 o $12.65 Su copago depende del nivel de “Ayuda Extra” que usted reciba.	$0 o $4.90 o $12.65 Su copago depende del nivel de “Ayuda Extra” que usted reciba.

Si desea información sobre qué farmacias pueden darle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* de nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

D. Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nosotros pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se llama el "copago", y depende de la categoría de costo compartido en la que esté el medicamento y dónde lo obtenga usted.

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan está en una categoría de parte de costo. Para averiguar la parte de costo para sus medicamentos, consulte nuestra Lista de Medicamentos.

- **Los medicamentos genéricos tienen el copago más bajo.** Pueden ser medicamentos genéricos o medicamentos no de Medicare que cubre Medi-Cal Rx. El copago es entre $0 y $5.10, dependiendo de sus ingresos.
- **Los medicamentos de marca tienen copagos más altos.** El copago está entre $0 y $12.65, dependiendo de sus ingresos.

D1. Sus elecciones de farmacia

Lo que paga usted por un medicamento depende de dónde obtiene usted el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red o
- Una farmacia no perteneciente a la red.
- En casos limitados cubrimos recetas surtidas en farmacias no pertenecientes a la red. Para saber cuándo lo hacemos, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestra red.

Para saber más sobre estas elecciones, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* y nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado un "suministro extendido") cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días, que le cuesta a usted igual que el suministro para un mes.

Si desea detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* o nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

D3. Lo que usted paga

Durante la Etapa de Cobertura inicial, es posible que usted pague un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Para saber cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto, contacte al Departamento de Servicios para Miembros.

Su parte del costo cuando usted obtiene un suministro para un mes o a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de:

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o para un máximo de 100 días	**El servicio de pedidos por correo de nuestra red** Un suministro para un mes o para un máximo de 100 días	**La farmacia de un centro de atención a largo plazo de la red** Un suministro de hasta 31 días	**Una farmacia no perteneciente a la red** Un suministro de hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Para más detalles, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.
Medicamentos genéricos	$0 o $1.60 o $5.10	$0 o $1.60 o $5.10	$0 o $1.60 o $5.10	$0 o $1.60 o $5.10
Medicamentos de marca	$0 o $4.90 o $12.65 Su copago depende del nivel de “Ayuda Extra” que usted reciba.	$0 o $4.90 o $12.65 Su copago depende del nivel de “Ayuda Extra” que usted reciba.	$0 o $4.90 o $12.65 Su copago depende del nivel de “Ayuda Extra” que usted reciba.	$0 o $4.90 o $12.65 Su copago depende del nivel de “Ayuda Extra” que usted reciba.

Para información sobre qué farmacias pueden darle suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

D4. Fin de la Etapa de Cobertura Inicial

La Etapa de Cobertura inicial finaliza cuando el total de sus gastos de su bolsillo llega a los $2,100. En ese momento comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. Nosotros cubrimos todos sus costos de medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

Su EOB le ayuda a hacer un seguimiento de cuánto ha pagado usted por sus medicamentos durante el año. Nosotros le informamos si llega al límite de $2,100. Hay muchas personas que no lo alcanzan en un año.

E. Etapa 2: Etapa de Cobertura Catastrófica

Cuando usted llega al límite de gastos de bolsillo de $2,100 por sus medicamentos, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. Usted permanece en la Etapa de Cobertura Catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

F. Sus costos de medicamentos si su médico le receta suministro para menos de un mes

Por lo general, usted paga un copago para cubrir el suministro para un mes entero de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de medicamentos para menos de un mes.

- Puede haber ocasiones en las que desee preguntar a su médico acerca de recetar el suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, usted no paga el suministro de un mes completo para ciertos medicamentos.

Cuando usted obtiene el suministro de un medicamento para menos de un mes, la cantidad que usted paga se basa en el número de días del medicamento que recibe. Calculamos la cantidad que usted paga por día por su medicamento ("el porcentaje diario de parte de costo") y lo multiplicamos por el número de días del medicamento que obtiene.

- Este es un ejemplo: Digamos que el copago por su medicamento para un mes entero de suministro (un suministro para 30 días) es de $1.35. Esto significa que la cantidad que usted paga por su medicamento es menos de $0.05 por día. Si usted obtiene un suministro del medicamento para 7 días, su pago es menos de $.05 por día, multiplicado por 7 días, para un pago total de menos de $0.35.
- La parte de costo diaria le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de pagar por el suministro de un mes entero.
- También puede pedir a su proveedor que recete el suministro de un medicamento para menos de un mes, para ayudarle a:
  - planificar mejor cuándo volver a surtir sus medicamentos,
  - coordinar los resurtidos con otros medicamentos que usted toma, **y**
  - hacer menos viajes a la farmacia.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

G. Lo que usted paga por las vacunas de Parte D

Mensaje Importante sobre lo que usted Paga por Vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas dentro de Medicare Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Puede encontrar la lista de estas vacunas en nuestra *Lista de Medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de Medicare Parte D sin costo para usted. Consulte la Lista de Medicamentos de su plan o contacte al Departamento de Servicios para Miembros para obtener detalles de cobertura y parte de costo acerca de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Parte D tiene dos partes:

1. La primera parte es por el costo de **la propia vacuna**.
2. La segunda parte es por el costo de **administrarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces usted puede recibir la vacuna en forma de inyección que le administra su médico.

G1. Qué necesita saber antes de obtener una vacuna

Le recomendamos que llame al Departamento de Servicios para Miembros si usted tiene planeado recibir una vacuna.

- Podemos informarle sobre la forma en que nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos decirle cómo limitar sus gastos utilizando farmacias y proveedores de la red, que son los que aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para asegurarse de que usted no tiene gastos por adelantado por una vacuna de Medicare Parte D.

G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por Medicare Parte D

Lo que usted paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para qué le están vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud, y no medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo para usted. Para informarse sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan. Puede que usted tenga que pagar un copago para las vacunas de Medicare Parte D. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada el **Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés)**, en ese caso la vacuna no le costará nada.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Estas son tres formas habituales en las que usted puede obtener una vacuna de Medicare Parte D.

1. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D y su inyección en una farmacia de la red.
   - Para la mayoría de las vacunas para adultos de Parte D, usted no pagará nada por la vacuna.
   - Para otras vacunas de Parte D, usted no paga nada.
2. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en el consultorio de su médico y su médico le administra la inyección.
   - Usted no paga nada al médico por la vacuna.
   - Nuestro plan paga el costo de administrarle la inyección.
   - En esta situación, el consultorio del médico debe llamar a nuestro plan, para que podamos asegurarnos de que saben que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.
3. 3.Usted obtiene el medicamento de la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia y lo lleva al consultorio de su médico para recibir la inyección.
   - Para la mayoría de las vacunas para adultos de Parte D, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
   - Para otras vacunas de Parte D, usted no paga nada por la vacuna.
   - Nuestro plan paga el costo de administrarle la inyección.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

CAPÍTULO 7

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este Capítulo le dice cómo y cuándo enviarnos una factura para pedir el pago. También le dice cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión sobre cobertura. Los términos clave aparecen con sus definiciones por orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos 185

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago 188

C. Decisiones sobre cobertura 189

D. Apelaciones 190

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

A. Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos a los proveedores de Total Care Advantage facturarle a usted por estos servicios o medicamentos. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos frente a cualquier cargo.

Si recibe una factura por la totalidad del costo de la atención médica o medicamentos, no pague la factura y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B.**

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, nosotros pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya ha pagado más de su parte del costo, usted tiene derecho a que le reembolsen.
  - Si usted pagó por servicios cubiertos por Medicare, le devolveremos el dinero.
- Si usted pagó por servicios de Medi-Cal que ya ha recibido, puede que califique para que le reembolsemos (le devolvamos el dinero) si cumple todas las condiciones siguientes:
  - El servicio que usted recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal que somos responsables de pagar. No le reembolsaremos por un servicio que no esté cubierto por Total Care Advantage.
  - Usted recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible de Total Care Advantage.
  - Usted pide el reembolso dentro del plazo de un año desde la fecha en que recibió el servicio cubierto.
  - Usted proporciona prueba de que pagó por el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
  - Usted recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal perteneciente a la red de Total Care Advantage. No es necesario que usted cumpla esta condición si usted recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite a los proveedores no pertenecientes a la red realizar sin aprobación previa (autorización previa).
- Si el servicio cubierto normalmente requiere aprobación previa (autorización previa), usted debe aportar prueba del proveedor que muestre la necesidad médica del servicio cubierto.
- Total Care Advantage le dirá si le reembolsa en una carta llamada Notificación de Acción. Si usted cumple todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal debería devolverle la cantidad completa que usted haya pagado. Si el proveedor se niega a devolvérsela, Total Care Advantage le reembolsará la cantidad completa que usted pagó. Le reembolsaremos en el plazo de 45 días laborables tras recibir el reclamo. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en nuestra red y se niega a devolverle el dinero, Total Care Advantage le reembolsará, pero solo hasta la cantidad que pagaría FFS Medi-Cal. Total Care Advantage le reembolsará a usted la totalidad de gastos de su bolsillo por servicios de emergencia, servicios de planificación familiar, u otro servicio que Medi-Cal permita a proveedores no pertenecientes a la red proporcionar sin autorización previa. Si usted no cumple alguna de las condiciones anteriores, no le reembolsaremos.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- No le reembolsaremos si:
  - » Usted pidió y recibió servicios que no cubre Medi-Cal, como servicios estéticos.
  - » El servicio no es un servicio cubierto para Total Care Advantage.
  - » Usted fue a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario que decía que usted quería que lo vieran de todas formas y pagaría los servicios usted mismo.
- Si no cubrimos los servicios o los medicamentos, se lo diremos.

Si tiene alguna pregunta, contacte al Departamento de Servicios para Miembros. Si no sabe cuánto debería haber pagado usted, o si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudar. También puede llamar si quiere darnos información sobre una petición de pago que ya nos ha enviado.

Algunos ejemplos de cuándo puede que usted necesite pedirnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que usted ha recibido incluyen los siguientes:

1. Cuando usted obtiene atención de emergencia o necesaria urgentemente de un proveedor no perteneciente a la red

Pida al proveedor que nos facture:

- Si usted paga la cantidad completa cuando recibe la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura y prueba de cualquier pago que usted haya realizado.
- Es posible que usted reciba una factura del proveedor pidiendo un pago que usted piensa que no debe. Envíenos la factura y prueba de cualquier pago que haya realizado.
  - » Si debe pagarse al proveedor, nosotros pagaremos directamente al proveedor.
  - » Si usted ya pagó más de su parte del costo por el servicio de Medicare, calcularemos cuánto debía usted y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red deben facturarnos siempre a nosotros. Es importante mostrar su Tarjeta de ID de Miembro cuando reciba cualquier servicio o receta; sin embargo, a veces los proveedores de la red cometen errores y le piden que pague por sus servicios o más de su parte del costo. **Llame al Departamento de Servicios para Miembros** al número que aparece en la parte inferior de esta página **si recibe alguna factura**.

- Como miembro del plan, usted solo paga el copago cuando obtiene servicios que nosotros cubrimos. Nosotros no permitimos a los proveedores que le facturen a usted más de esta cantidad. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobró por el servicio. Incluso si decidimos no pagar algunos gastos, usted sigue sin pagarlos.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que usted debería pagar, envíenos la factura. Contactaremos directamente al proveedor y nos ocuparemos del problema.
- Si ya ha pagado una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, pero siente que ha pagado demasiado, envíenos la factura y prueba de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos por sus servicios cubiertos.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

3. Si usted es inscrito en nuestro plan de forma retroactiva

A veces su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que ya ha pasado el primer día de su inscripción; puede que incluso fuera el año pasado.)

- Si usted fue inscrito de forma retroactiva y usted pagó una factura después de la fecha de la inscripción, puede pedirnos que se la reembolsemos.
- Envíenos la factura y prueba de cualquier pago que haya realizado.

4. Cuando usted utiliza una farmacia no perteneciente a la red para surtir una receta

Si usted utiliza una farmacia no perteneciente a la red, usted paga la totalidad del costo de su receta.

- Solo en algunos casos, cubriremos recetas surtidas en farmacias no pertenecientes a la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para saber más acerca de farmacias no pertenecientes a la red.
- Puede que no le reembolsemos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en la farmacia no perteneciente a la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando usted paga el costo completo de la receta de Medicare Parte D porque no lleva con usted su Tarjeta de ID de Miembro

Si no lleva con usted su Tarjeta de ID de Miembro, puede pedir a la farmacia que nos llame o consulte la información sobre su inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información inmediatamente, es posible que tenga que pagar usted el costo completo de la receta, o volver a la farmacia con su Tarjeta de ID de Miembro.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- Puede que no le reembolsemos la totalidad del costo que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

6. Cuando usted paga el costo completo de la receta de Medicare Parte D por un medicamento que no está cubierto

Es posible que usted pague el costo completo de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Puede que el medicamento no esté en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)* en nuestro sitio web, o puede que tenga un requisito o restricción que usted no conoce, o piensa que no se le aplica a usted. Si usted decide obtener el medicamento, puede que tenga que pagar la totalidad del costo.
  - » Si usted no paga por el medicamento, pero piensa que deberíamos cubrirlo, puede pedir una decisión sobre cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*).
  - » Si usted y su médico u otra persona que receta piensan que necesita el medicamento inmediatamente, (en el plazo de 24 horas), puede pedir una decisión rápida sobre cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos. En algunos casos, es posible que necesitemos más información de su médico u otra persona que receta para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento. Puede que no le reembolsemos la totalidad del costo que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

Cuando usted nos envía una petición de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento debería estar cubierto. Esto se llama tomar una "decisión sobre cobertura." Si decidimos que el servicio o medicamento debería estar cubierto, pagamos nuestra parte de su costo.

Si denegamos su petición de pago, puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y prueba de cualquier pago que haya realizado por servicios de Medicare, o llámenos al número que aparece más abajo. La prueba de pago puede ser una copia del cheque que usted emitió o un recibo del proveedor. **Es buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros**. Puede pedir ayuda a su coordinador de atención. Debe enviarnos su información en el plazo de un año desde la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos proporciona toda la información que necesitamos para decidir, usted puede completar nuestro formulario de reclamo para pedir el pago.

- Usted no tiene obligación de utilizar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Puede encontrar el formulario en nuestro sitio web, **www.goldcoasthealthplan.org**, o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página y pedirnos que le enviemos el formulario.

Envíe su petición de pago, junto con cualquier factura o recibo, a esta dirección:

Total Care Advantage
Attn: Member Services
P.O. Box 9176
Oxnard, CA 93031

También nos puede llamar para pedirnos el pago. Llame al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Debe presentarnos su reclamo en el plazo de un año desde la fecha en que usted recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

C. Decisiones sobre cobertura

Cuando recibimos su petición de pago, tomamos una decisión sobre cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos la cantidad de dinero, en su caso, que usted debe pagar.

- Le diremos si necesitamos que nos dé más información.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted cumplió todas las reglas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo por él. Si usted ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por nuestra parte del costo. Si usted pagó el costo completo de un medicamento, es posible que no se le reembolse la cantidad completa que pagó (por ejemplo, si obtuvo el medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que usted pagó es más alto que nuestro precio negociado). Si usted no ha pagado, pagaremos nosotros directamente al proveedor.

El **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* explica las reglas para que se cubran sus servicios.

El **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* explica las reglas para que se cubran sus medicamentos de Medicare Parte D.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica sus motivos para presentar una apelación.
- Para saber más sobre decisiones sobre cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

D. Apelaciones

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su petición de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión; esto se llama "presentar una apelación". También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos nosotros.

El proceso formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos detallados. Para saber más sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*:

- Para presentar una apelación sobre obtener un reembolso por un servicio de atención de salud, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación sobre obtener un reembolso por un medicamento, consulte la **Sección G**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este Capítulo contiene sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan; nosotros debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último Capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Su derecho a recibir servicios e información en una forma que cubra sus necesidades 193

B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a servicios y medicamentos cubiertos 194

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI) 195

C1. Cómo protegemos su PHI 195

C2. Su derecho a consultar sus registros médicos 196

D. Nuestra responsabilidad de darle información 197

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle a usted directamente 198

F. Su derecho a dejar nuestro plan 199

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud 200

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones 200

G2. Su derecho a decir lo que usted quiere que suceda si no puede tomar decisiones de atención de salud por sí mismo 200

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 201

H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones 202

H1. Qué hacer en caso de tratamiento injusto o para obtener más información sobre sus derechos 202

I. Sus responsabilidades como miembro del plan 203

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

A. Su derecho a obtener servicios e información en una forma que cubra sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le proporcionan a usted de una forma culturalmente competente y accesible, incluyendo para personas con dominio limitado del inglés, capacidades limitadas de lectura, incapacidad auditiva, o personas con orígenes étnicos y culturales diversos. También debemos hablarle acerca de los beneficios de nuestro plan y sus derechos en una forma que usted pueda entender. Debemos informarle sobre sus derechos cada uno de los años en que esté en nuestro plan.

- Para recibir información en una forma que usted pueda entender. llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan tiene disponibles servicios gratuitos de intérpretes para responder a preguntas en distintos idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés, como el español, y en formatos como letra grande, Braille o audio. Para recibir materiales en uno de estos formatos alternativos, por favor, llame al Departamento de Servicios para Miembros o escriba a:

  Total Care Advantage
  P.O. Box 9176
  Oxnard, CA 93031

  Para solicitar este documento en un formato alternativo, llame al **1-888-301-1228** (TTY: **711**).

  Si desea pedir que en el futuro las comunicaciones sean en un formato alternativo, puede hacer una "petición permanente". De ese modo usted recibirá nuestras comunicaciones en el formato alternativo sin tener que hacer una solicitud cada vez.

  Para hacer una petición permanente, o para hacer cambios en una petición permanente, llame al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Si tiene problemas para recibir información de nuestro plan debido a problemas lingüísticos o una discapacidad, y desea presentar una queja, llame:

- A Medicare, al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- A la Oficina de Medi-Cal de Derechos Civiles al **916-440-7370**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.
- A la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., al **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Usted tiene derecho a escoger un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo escoger un PCP en el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros*.
  - » Llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para saber más acerca de proveedores de la red y qué médicos están aceptando pacientes nuevos.
- Usted tiene derecho a un especialista en salud de la mujer sin obtener una remisión. Una remisión es la autorización de su PCP para utilizar un proveedor que no sea su PCP.
- Usted tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
  - » Esto incluye el derecho a obtener servicios de especialistas en un plazo oportuno.
  - » Si no puede obtener servicios en un plazo razonable, debemos pagar por atención fuera de la red.
- Usted tiene derecho a obtener servicios de emergencia o atención que sea necesaria urgentemente sin aprobación previa (PA).
- Usted tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin grandes retrasos.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede utilizar un proveedor no perteneciente a la red. Para informarse sobre proveedores no pertenecientes a la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros*.
- Cuando usted se une por primera vez a nuestro plan, usted tiene derecho a mantener sus proveedores y autorizaciones de servicios actuales durante un máximo de 12 meses si se cumplen ciertas condiciones. Para saber más sobre cómo conservar las autorizaciones de proveedores y servicios, consulte el **Capítulo 1** de este *Manual para Miembros*.
- Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones de atención de salud con la ayuda de su equipo de atención y coordinador de atención.

El **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* le dice qué puede hacer si piensa que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un tiempo razonable. También le dice qué puede hacer si le hemos denegado la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)

Protegemos su información de salud personal (PHI) en la forma en que exigen las leyes federales o estatales.

Su PHI incluye la información personal que usted nos dio cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos en lo relativo a su información y a controlar la forma en que se utiliza su PHI. Nosotros le proporcionamos un aviso por escrito que le aconseja sobre estos derechos y explica la forma en que protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama el "Aviso de Prácticas de Privacidad."

No se requiere a los miembros que pueden dar su consentimiento para recibir servicios sensibles que obtengan la autorización de ningún otro miembro para recibir servicios sensibles ni presentar un reclamo para servicios sensibles. Total Care Advantage dirigirá las comunicaciones sobre servicios sensibles a la dirección postal alternativa designada del miembro, correo electrónico o número de teléfono, o en ausencia de designación, a nombre del miembro a la dirección o número de teléfono en sus archivos. Total Care Advantage no revelará información médica relacionada con servicios sensibles a ningún otro miembro sin autorización por escrito del miembro que recibe atención. Total Care Advantage acomodará las peticiones de comunicación confidencial en la forma y formato solicitados, si es fácil de producir en la forma y formato solicitados, o en ubicaciones alternativas. La petición del miembro de comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios sensibles será válida hasta que el miembro revoque la petición, o presente una nueva petición de comunicaciones confidenciales.

Puede pedir a Total Care Advantage que envíe las comunicaciones sobre servicios sensibles a la dirección postal, dirección de correo electrónico o número de teléfono que elija usted. Esto se llama "petición de comunicaciones confidenciales". Si usted da su consentimiento a la atención, Total Care Advantage no dará información sobre sus servicios de atención sensible a nadie más sin que usted lo autorice por escrito. Si usted no proporciona una dirección de correo, dirección de correo electrónico o número de teléfono, Total Care Advantage enviará las comunicaciones a nombre de usted a la dirección o teléfono que tenga archivados.

Todas las peticiones de comunicaciones confidenciales deben realizarse por escrito, utilizando el "Formulario de Petición de Comunicaciones Confidenciales" u otra petición por escrito aplicable que se demuestre que es la información necesaria para considerarse una petición de comunicaciones confidenciales.

Total Care Advantage cumplirá su petición de obtener comunicaciones confidenciales en la forma y el formato que usted pidió. Alternativamente, nos aseguraremos de que sus comunicaciones son fáciles de poner en la forma y en el formato que usted pidió. Su petición de comunicaciones confidenciales continuará hasta que usted la cancele o presente una nueva petición de comunicaciones confidenciales.

Para pedir el "Formulario de Petición de Comunicaciones Confidenciales". contacte al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada consulta ni modifica sus registros.

Salvo en los casos que enumeramos a continuación, no proporcionamos su PHI a nadie que no le proporcione atención a usted ni pague por su atención. Si lo hacemos, debemos obtener primero permiso de usted por escrito. Puede dar permiso por escrito usted, o alguien autorizado legalmente a tomar decisiones por usted.

A veces no es necesario que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones las permiten o exigen las leyes:

- Debemos revelar PHI a las agencias gubernamentales que comprueban la calidad de atención de nuestro plan.
- Puede que revelemos PHI si lo ordena un tribunal, pero solo si lo permiten las leyes de California.
- Debemos proporcionar su PHI a Medicare y Medi-Cal, incluyendo información sobre sus medicamentos de Medicare Parte D. Si Medicare o Medi-Cal revelan su PHI para investigación u otros usos, lo hacen conforme a la legislación federal.

C2. Su derecho a consultar sus registros médicos

- Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros médicos. Puede que le cobremos una tasa por hacer una copia de sus registros médicos.
- Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajamos con su proveedor de salud para decidir si deben hacerse cambios.
- Usted tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otros, y cómo lo hacemos, para cualesquiera propósitos que no sean de rutina.

Si tiene alguna pregunta o preocupaciones sobre la privacidad de su PHI, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

D. Nuestra responsabilidad de darle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a obtener información de nosotros sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos.

Si usted no habla inglés, tenemos servicios de intérpretes para responder a preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Este servicio es gratuito para usted. Este documento está disponible en español de forma gratuita. También podemos darle información en letra grande, Braille o audio. También podemos proporcionarle formatos alternativos y servicios sin costo para usted:

- intérprete de lenguaje de signos
- intérprete en persona
- intérprete por teléfono
- traducciones escritas

Para solicitar formatos alternativos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono en la parte inferior de esta página.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros si desea información sobre cualquiera de los siguientes:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluyendo:
  - información financiera
  - cómo nos han calificado los miembros de nuestro plan
  - el número de apelaciones presentadas por los miembros
  - cómo abandonar nuestro plan
- Nuestros proveedores de la red y las farmacias de nuestra red, incluyendo:
  - cómo elegir o cambiar de proveedores de atención primaria
  - cualificaciones de nuestros proveedores de la red y farmacias
  - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, incluyendo:
  - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Miembros*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para Miembros*) cubiertos por nuestro plan
  - límites de su cobertura y medicamentos
  - reglas que usted debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*), incluyendo pedirnos que:
  - pongamos por escrito por qué algo no estar cubierto
  - cambiar una decisión que hemos tomado
  - paguemos una factura que usted ha recibido

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle a usted directamente

Los médicos, hospitales y demás proveedores de nuestra red no pueden hacerle pagar a usted por los servicios cubiertos. Tampoco pueden compensar facturas ni cobrarle a usted si pagamos menos de la cantidad que cobraba el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

F. Su derecho a dejar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no quiere.

- Usted tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de salud a través de Medicare Original u otro plan de Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare Parte D de un plan de medicamentos con receta o de otro plan de MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual para Miembros*:
  - » Para más información sobre cuándo se puede unir a un plan nuevo de MA o de beneficio de medicamentos con receta.
  - » Para información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Medi-Cal si deja nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud

Usted tiene derecho a que sus médicos y demás proveedores de salud le proporcionen información completa para ayudarle a tomar decisiones sobre su atención de salud.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento de una forma que usted pueda entender. Usted tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le hable de todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo implicado. Debemos informarle con antelación si cualquier servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a usar otro médico antes de decidir sobre tratamiento.
- **Decir que no.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento; esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. Usted tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo expulsaremos de nuestro plan. Sin embargo, si usted rechaza tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta plena responsabilidad por lo que le sucede.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le ha denegado atención.** Usted tiene derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor le ha denegado atención que usted considera que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que hayamos denegado o que normalmente no cubrimos.** Esto se llama una decisión sobre cobertura. El **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* le dice cómo pedirnos una decisión sobre cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que usted quiere que suceda si no puede tomar decisiones de atención de salud por sí mismo

A veces las personas no pueden tomar decisiones sobre atención de salud por sí mismas. Antes de que eso le suceda, usted puede:

- Completar un formulario por escrito **dándole a alguien el derecho a tomar decisiones de atención de salud por usted, si alguna vez usted no puede tomar decisiones usted mismo**.
- **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo gestionar su atención de salud si usted llega a no poder tomar decisiones usted mismo, incluyendo los cuidados que usted no quiere.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

El documento legal que usted utiliza para dar sus instrucciones se llama “directiva anticipada”. Hay distintos tipos de directivas anticipadas, con nombres diferentes, como un testamento vital y un poder de representación para atención médica.

No es obligatorio que usted tenga una directiva anticipada, pero puede tenerla. Esto es lo que puede hacer si desea utilizar una directiva anticipada:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, un trabajador social, o algunas tiendas de suministros de oficina. Las farmacias y consultorios de proveedores a menudo tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. También puede pedir el formulario contactando al Departamento de Servicios para Miembros.
- **Complete el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de que le ayude a completarlo un abogado u otra persona en la que usted confíe, como un familiar o su PCP.
- **Entregue copias del formulario a las personas que necesiten conocerlo.** Dé una copia del formulario a su médico. También debe dar una copia a la persona que usted nombre para tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es posible que le interese dar copias a familiares o amigos cercanos. Conserve una copia en casa.
- Si van a hospitalizarlo y tiene una directiva anticipada firmada, **lleve una copia de ella al hospital**.
  - » El hospital le preguntará si tiene un formulario de directiva anticipada firmado y si lo trae con usted.
  - » Si no tiene un formulario de directiva anticipada firmado, el hospital tiene formularios y le preguntará si quiere firmar uno.

Usted tiene derecho a:

- Hacer que su directiva anticipada se incluye en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.
- Estar informado sobre cambios en las leyes sobre directivas anticipadas. Total Care Advantage le informará sobre cambios en la ley estatal como máximo 90 días después del cambio.

Por ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo basándose en que usted haya firmado una directiva anticipada. Para más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si usted firmó una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguieron las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante:

Oficina del Ombudsman
Teléfono: **1-888-452-8609**
Correo electrónico: **MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov**
De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. PST (excepto días festivos)

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

El **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* le dice qué puede hacer si tiene algún problema o preocupación acerca de sus servicios o atención cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión sobre cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión sobre cobertura, o presentar una queja.

Usted tiene derecho a recibir información sobre las apelaciones y quejas que han presentado contra nosotros otros miembros del plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

H1. Qué hacer en caso de tratamiento injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si piensa que le hemos tratado de forma injusta, y **no es** una discriminación por motivos enumerados en el **Capítulo 11** de este *Manual para Miembros*, o desea más información sobre sus derechos, puede llamar:

- Al Departamento de Servicios para Miembros.
- Al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) al **1-800-434-0222**. Para más detalles sobre HICAP, consulte el **Capítulo 2**.
- Al Programa del Ombudsman de Medi-Cal, al **1-888-452-8609**. Para más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros*.
- A Medicare, al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**; los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. (Puede también leer o descargar "Derechos y Protecciones de Medicare", en el sitio web de Medicare **www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf**.)

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Lea este *Manual para Miembros*** para saber lo que cubre nuestro plan y las reglas que ha de seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para detalles sobre:
  - sus servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Miembros*. Esos capítulos le dicen qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir usted y lo que usted paga.
  - medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para Miembros*.
- **Infórmenos de cualquier otra cobertura de salud o medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos que usted utiliza todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención de salud. Si tiene otra cobertura, llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- **Diga a su médico y a otros proveedores de salud** que es miembro de nuestro plan. Muestre su Tarjeta de ID de Miembro cuando obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y demás proveedores de salud a ofrecerle la mejor atención.
  - Deles la información que necesiten sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que acuerde con sus proveedores.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores están informados de todos los medicamentos que usted toma; esto incluye medicamentos, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene cualquier pregunta, hágala. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas en una forma que usted entienda. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Trabaje con su coordinador de atención** incluyendo completar una evaluación anual de riesgos de salud.
- **Sea considerado**. Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted se comporte con respeto en el consultorio de su médico, hospitales y consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de los pagos siguientes:
  - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Total Care Advantage, Medi-Cal paga su prima de Medicare Parte A y la prima de su Medicare Parte B.
  - Para algunos de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtenga el medicamento. Esto será un copago. El **Capítulo 6** le explica qué debe pagar por sus medicamentos.
  - **Si obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, usted debe pagar la totalidad del costo**. (**Nota:** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Para saber cómo presentar una apelación, por favor, consulte el **Capítulo 9**.)
- **Díganos si se muda**. Si tiene previsto mudarse, díganoslo inmediatamente. Llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros.
  - **Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en nuestro plan**. Solo pueden ser miembros de este plan las personas que viven en nuestra área de servicio. El **Capítulo 1** de este *Manual para Miembros* le informa sobre nuestra área de servicio.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

  - » Podemos ayudarle a averiguar si usted se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Podemos decirle si tenemos un plan en su área nueva.
  - » Comunique a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte en el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
  - » **Si usted se muda y permanece dentro de nuestra área de servicio, seguimos necesitando saberlo**. Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo contactarlo a usted.
- **Si se muda, comuníquelo al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**
- **Díganos si tiene un número de teléfono nuevo** o una forma mejor de contactarle.
- **Llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene alguna pregunta o preocupación.**

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

CAPÍTULO 9

Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este Capítulo contiene información sobre sus derechos. Léalo para saber qué hacer si usted:

- tiene un problema con su plan o una queja sobre él.
- necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan ha dicho que no va a pagar.
- no está de acuerdo con una decisión que ha tomado su plan sobre su atención.
- piensa que sus servicios cubiertos se acaban demasiado pronto.
- tiene un problema o queja sobre sus servicios y apoyos a largo plazo, incluyendo Servicios para Adultos basados en la Comunidad (CBAS, por sus siglas en inglés) y servicios en Centros de Enfermería (NF).

Este Capítulo tiene distintas secciones para ayudarle a encontrar con facilidad lo que está buscando. **Si tiene algún problema o inquietud, lea las partes de este Capítulo que se aplican a su situación.**

Usted debería obtener la atención de salud, medicamentos y servicios y apoyos a largo plazo que decidan su médico y demás proveedores que son necesarios como parte de su plan de atención. **Si tiene algún problema con su atención, puede llamar al Programa del Ombudsman de Medi-Cal de Medicare al 1-855-501-3077 para pedir ayuda.** Este Capítulo explica distintas opciones que usted tiene para distintos problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa del Ombudsman para que le ayude a guiarlo para resolver su problema. Para consultar recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de contactarlos, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema o preocupación 208

A1. Acerca de los términos legales 208

B. Dónde obtener ayuda 209

B1. Para más información y ayuda 209

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

C. Cómo entender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan 210

D. Problemas con sus beneficios 211

E. Decisiones sobre coberturas y apelaciones 212

E1. Decisiones sobre cobertura 212

E2. Apelaciones 212

E3. Ayuda con decisiones sobre cobertura y apelaciones 213

E4. Qué sección de este Capítulo puede ayudarle 213

F. Atención médica 214

F1. Cómo utilizar esta sección 214

F2. Cómo pedir una decisión sobre cobertura 214

F3. Cómo Presentar una Apelación de Nivel 1 216

F4. Cómo Presentar una Apelación de Nivel 2 219

F5. Problemas con el pago 222

G. Medicamentos con receta de Medicare Parte D 224

G1. Decisiones sobre cobertura y apelaciones de Medicare Parte D 224

G2. Excepciones de Medicare Parte D 225

G3. Cosas importantes que debe saber sobre pedir una excepción 226

G4. Cómo pedir una decisión sobre cobertura, incluyendo una excepción 226

G5. Cómo Presentar una Apelación de Nivel 1 228

G6. Cómo Presentar una Apelación de Nivel 2 230

H. Cómo pedirnos que cubramos una estancia hospitalaria más larga 232

H1. Cómo conocer sus derechos conforme a Medicare 232

H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 233

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....234

I. Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos 236

I1. Aviso con antelación antes de que finalice su cobertura 236

I2. Cómo Presentar una Apelación de Nivel 1.....236

I3. Cómo Presentar una Apelación de Nivel 2.....238

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....239

J1. Siguientes pasos para servicios y artículos de Medicare.....239

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal.....240

J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Peticiones de Medicamentos de Medicare Parte D.....240

K. Cómo presentar una queja.....242

K1. Qué tipos de problemas deberían ser quejas 242

K2. Quejas internas 243

K3. Quejas externas 244

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

A. Qué hacer si tiene un problema o preocupación

Este Capítulo explica cómo abordar problemas y preocupaciones. El proceso que utilice depende del problema que tenga. Utilice un proceso para **decisiones sobre cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también llamadas reclamos).

Para garantizar justicia y prontitud, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos cumplir.

A1. Acerca de los términos legales

Este Capítulo contiene términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender; por eso utilizamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Utilizamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- "Presentar una queja" en lugar de "presentar un reclamo"
- "Decisión sobre cobertura" en lugar de "determinación de la organización", "determinación sobre beneficios", "determinación sobre riesgo" o "determinación sobre cobertura"
- "Decisión rápida sobre cobertura" en lugar de "determinación expedita"
- "Organización de Revisión Independiente" (IRO) en lugar de "Entidad de Revisión Independiente" (IRE)

Conocer los términos legales puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad; por tanto, también los proporcionamos.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para más información y ayuda

A veces resulta confuso comenzar o seguir el proceso de abordar un problema. Esto puede ser así sobre todo cuando no se encuentra bien, o sus energías son limitadas. Otras veces es posible que usted no tenga la información que necesita para dar el próximo paso.

Ayuda del Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud

Puede llamar al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP). Los consejeros de HICAP pueden responder a sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer acerca de su problema. HICAP no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. HICAP tiene consejeros capacitados en cada condado, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de HICAP es el **1-800-434-0222**.

Ayuda del Programa del Ombudsman de Medi-Cal de Medicare

Puede llamar al Programa del Ombudsman de Medi-Cal de Medicare y hablar con un defensor sobre sus preguntas de cobertura de salud. Es posible que puedan ofrecerle ayuda legal gratuita. El Programa del Ombudsman no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Su número de teléfono es el **1-855-501-3077** y su sitio web es **https://healthconsumer.org/**.

Ayuda e Información de Medicare

Para más información y ayuda, puede contactar a Medicare. Aquí tiene dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**; los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Visite el sitio web de Medicare (**www.medicare.gov**).

Ayuda del Departamento de Servicios de Salud de California
El Ombudsman de Atención Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Salud de California (DHCS) puede ayudarle. Puede ayudarle si tiene problemas para unirse, cambiar o abandonar un plan de salud. También pueden ayudar si se ha mudado y está teniendo problemas para que se transfiera su Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al Ombudsman de lunes a viernes, entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m. al **1-888-452-8609**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

C. Cómo entender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información en este Capítulo se aplica a todos sus beneficios de atención administrada de Medicare y Medi-Cal. Esto se llama un "proceso integrado" porque combina, o integra, procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces no se pueden combinar los procesos de Medicare y Medi-Cal. En esas situaciones, usted utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medi-Cal. La **Sección F4** explica estas situaciones.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene algún problema o inquietud, lea las partes de este Capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección adecuada de este Capítulo sobre problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o cobertura? Esto incluye problemas sobre si está cubierta una atención médica específica (artículos y servicios médicos y/o medicamentos con receta de Parte B), la forma en que están cubiertos y problemas acerca del pago por atención médica.	
Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura. Consulte la **Sección E**, "Decisiones sobre cobertura y apelaciones."	**No.** Mi problema no es sobre beneficios o cobertura. Consulte la **Sección K**, "Cómo presentar una queja."

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

E. Decisiones sobre cobertura y apelaciones

El proceso de pedirnos una decisión sobre cobertura y presentar una apelación se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de Parte B, incluyendo pago). Para simplificar las cosas, por lo general nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de Parte B como **atención médica**.

E1. Decisiones sobre cobertura

Una decisión sobre cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos.

Usted o su médico también pueden contactarnos y pedirnos una decisión sobre cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros sobre si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a proporcionar la atención médica que usted considera que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de obtenerlo, puede pedirnos que tomemos una decisión sobre cobertura para usted**.

Tomamos una decisión sobre cobertura cuando revisamos una petición de servicio o un reclamo. En algunos casos, es posible que decidamos que no está cubierto un servicio o medicamento, o que Medicare o Medi-Cal ya no lo cubren para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión sobre cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión sobre cobertura y no está satisfecho con esta decisión, puede "apelar" la decisión". Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión sobre cobertura que hemos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se llama una Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión sobre cobertura que hemos tomado para comprobar que hemos seguido debidamente todas las reglas. Su apelación la gestionan revisores diferentes de los que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando completamos la revisión, le damos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que se explican más adelante en este Capítulo, puede pedir una "decisión rápida" o expedita sobre cobertura, o una "apelación rápida" sobre una decisión sobre cobertura.

Si decimos **No** a la totalidad o a parte de lo que usted pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es acerca de la cobertura de una atención médica de Medicare, la carta le dirá que hemos enviado su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre cobertura de un servicio o artículo de Medicare Parte D o Medicaid, la carta le dirá cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Para más información sobre Apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección F4**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Si no está satisfecho con la decisión sobre la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar por niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con decisiones sobre cobertura y apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Al Departamento de Servicios para Miembros**, llamando a los números que aparecen en la parte inferior de la página.
- **Al Programa del Ombudsman de Medi-Cal de Medicare** al **1-855-501-3077**.
- **Al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud**, al **1-800-434-0222**.
- **A su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden pedir una decisión sobre cobertura o una apelación en nombre de usted.
- **A un amigo o un familiar**. Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su "representante" para pedir una decisión sobre cobertura o presentar una apelación.
- **A un abogado**. Usted tiene derecho a un abogado, pero no es obligatorio que tenga un abogado para pedir una decisión sobre cobertura o presentar una apelación.
  - » Llame a su propio abogado, u obtenga el nombre de un abogado de la asociación de la barra local u otro servicio de remisión. Algunos grupos legales le ofrecerán servicios legales gratuitos si usted califica.
  - » Pida un abogado de asistencia jurídica gratuita al Programa del Ombudsman de Medi-Cal de Medicare al **1-855-501-3077**.

Complete el formulario de Nombramiento de Representante si quiere que actúe como representante suyo un abogado u otra persona. El formulario da a esa persona permiso para actuar por usted.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página y pida el formulario de "Nombramiento de Representante". También puede obtener el formulario visitando la página **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** o en nuestro sitio web, **www.goldcoasthealthplan.org**. **Usted debe darnos una copia del formulario firmado.**

E4. Qué Sección de este Capítulo puede ayudarle

Hay cuatro situaciones que implican decisiones sobre cobertura y apelaciones, cada una de ellas con reglas y plazos distintos. Damos detalles de cada una en una Sección independiente de este Capítulo. Consulte la Sección correspondiente:

- **Sección F**, "Atención médica"
- **Sección G**, Medicamentos de "Medicare Parte D"
- **Sección H**, "Cómo pedirnos que cubramos una estancia hospitalaria más larga"
- **Sección I**, "Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos" (Esta sección solo se aplica a estos servicios: servicios de atención de salud a domicilio, de centro de enfermería especializada y en Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).)

Si no está seguro de qué Sección utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

F. Atención médica

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica, o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención. Para obtener información sobre cómo solicitar una estadía hospitalaria más prolongada, consulte la **Sección H**.

Esta sección le habla de sus beneficios de atención médica descritos en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros* en la tabla de beneficios. En algunos casos, es posible que se apliquen reglas diferentes a un medicamento de Medicare Parte B. Cuando es así, explicamos la forma en que las reglas para los medicamentos de Medicare Parte B son distintas de las reglas para servicios y artículos médicos.

F1. Cómo utilizar esta sección

Esta sección explica lo que usted puede hacer en cualquiera de las situaciones siguientes:

1. Usted cree que cubrimos atención médica que usted necesita, pero que no está recibiendo.
   Qué puede hacer usted: Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre cobertura. Consulte la **Sección F2**.
2. No hemos aprobado la atención médica que quiere proporcionarle su médico u otro proveedor de salud, y usted piensa que deberíamos hacerlo.
   Qué puede hacer usted: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.
3. Usted recibió atención médica que usted cree que cubrimos, pero que no vamos a pagar.
   Qué puede hacer usted: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.
4. Usted recibió y pagó por atención médica que usted pensaba que cubrimos, y quiere que le reembolsemos.
   Qué puede hacer usted: Puede pedirnos que le reembolsemos. Consulte la **Sección F5**.
5. Hemos reducido o interrumpido su cobertura de cierta atención médica, y usted considera que nuestra decisión puede dañar su salud.
   Qué puede hacer usted: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **Sección F4**.
   - Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención de salud a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios CORF, se aplican reglas especiales. Para saber más, consulte la **Sección H** o la **Sección I**.
   - Para todas las demás situaciones que impliquen una reducción o interrupción de su cobertura de cierta atención médica, utilice como guía esta sección (**Sección F**).
6. Usted está sufriendo retrasos en la atención o no puede encontrar un médico.
   Qué puede hacer usted: Puede presentar una queja. Consulte la **Sección K2**.

F2. Cómo pedir una decisión sobre cobertura

Cuando una decisión sobre cobertura afecta a su atención médica, se llama una **determinación integrada de la organización.**

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Usted, su médico o su representante nos pueden pedir una decisión sobre cobertura:

- por teléfono: **1-888-301-1228** (TTY: **711**)
- por fax: **1-805-512-8599**
- por carta: Total Care Advantage
  P.O. Box 9176
  Oxnard, CA 93031

Decisión estándar sobre cobertura

Cuando le damos nuestra decisión, utilizamos los plazos "estándar" a menos que aceptemos usar los plazos "rápidos". La decisión estándar sobre cobertura significa que le damos una respuesta sobre:

- **7 días calendario** tras haber recibido su petición **de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa.**
- **14 días calendario** tras haber recibido su petición **de todos los demás servicios o artículos médicos.** El servicio o artículo médico dentro de los 14 días calendario tras haber recibido su petición.
- **72 horas** tras haber recibido su petición de un **medicamento de Medicare Parte B.**

Decisión rápida sobre cobertura

El término legal para decisión rápida sobre cobertura es **determinación expedita.**

Cuando usted nos pida que tomemos una decisión sobre su atención médica y su salud exija una respuesta rápida, pídanos que tomemos una "decisión rápida sobre cobertura." Una decisión rápida sobre cobertura significa que le daremos una respuesta en:

- **72 horas** tras haber recibido su petición **de un artículo o servicio médico.**
- **24 horas** tras haber recibido su petición **de un medicamento de Medicare Parte B.**

Para obtener una decisión rápida sobre cobertura, usted debe cumplir dos requisitos:
- Usted está pidiendo cobertura de artículos y/o servicios médicos que usted **no recibió**. No puede pedir una decisión rápida sobre cobertura acerca del pago de artículos o servicios que ya ha recibido.
- Usar los plazos estándar **podrá causar un daño grave a su salud** o dañar su capacidad para funcionar.

Le proporcionamos automáticamente una decisión rápida sobre cobertura si su médico nos dice que la salud de usted lo requiere.
Si usted la pide sin el apoyo de su médico, decidimos nosotros si usted obtiene una decisión rápida sobre cobertura.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una decisión rápida sobre cobertura, le enviamos una carta que se lo dice, y en su lugar utilizamos los plazos estándar. La carta le dice:
  - » Le damos automáticamente una decisión rápida sobre cobertura si lo pide su médico.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

» La forma en que usted puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar sobre cobertura en lugar de decisión rápida sobre cobertura. Si desea más información sobre cómo presentar una queja, incluyendo una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si decimos No a toda su petición o a parte de ella, le enviamos una carta explicando los motivos.

- Si decimos **No**, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si piensa que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si usted decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas puede que no aceptemos su petición de decisión sobre cobertura, lo cual significa que no revisaremos la petición. Algunos ejemplos de cuándo no se aceptará una petición incluyen:

- si la petición está incompleta,
- si alguien hace la petición en nombre de usted, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; **o**
- si usted pide que se retire su petición.

Si no aceptamos una petición de una decisión sobre cobertura, le enviaremos una notificación explicándole por qué no se aceptó la petición y cómo pedir una revisión de la no aceptación. Esta revisión se llama una apelación. La sección siguiente habla de apelaciones.

F3. Cómo Presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, deben contactarnos usted, su médico o su representante autorizado. Llámenos al **1-888-301- 1228** (TTY: **711**).

Pida una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al 1-888-301-1228 (TTY: 711).

- Si su médico u otra persona que receta pide que continúe un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que usted necesite nombrarlos representantes de usted para que actúen en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, incluya un formulario de Nombramiento de Representante que autorice a esta persona a representarlo a usted. Puede obtener el formulario en la página **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** o en nuestro sitio web, **www.goldcoasthealthplan.org**.
- Podemos aceptar una petición de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación:
  - » No aceptamos su petición, y
  - » Le enviamos una notificación por escrito que le explica su derecho a pedir a la IRO que revise nuestra decisión de no aceptar su apelación.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- Usted debe pedir una apelación en el plazo de 65 días calendario desde la fecha que aparece en la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si usted no cumple el plazo y tiene un motivo justificado para no haberlo cumplido, puede que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados son cosas como que haya tenido una enfermedad grave, o que le diéramos información errónea sobre el plazo. Cuando presente su apelación, explique el motivo por el cual la ha presentado tarde.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted o su médico también pueden proporcionarnos más información en apoyo de su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida.

El término legal para "apelación rápida" es **"reconsideración expedita."**

- Si usted apela una decisión que hemos tomado sobre cobertura de atención, usted y/o su médico pueden pedir una apelación rápida.

Nosotros le damos automáticamente una apelación rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si la pide sin el apoyo de su médico, decidimos nosotros si usted obtiene una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta que se lo dice y, en su lugar, utilizamos los plazos estándar. La carta le dice:
  - Le damos automáticamente una apelación rápida si la pide su médico.
  - Cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Si desea más información sobre cómo presentar una queja, incluyendo una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le decimos que vamos a detener o reducir servicios o artículos que usted ya recibe, es posible que usted pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o finalizar la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe, le enviamos una notificación antes de actuar.
- Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Seguimos cubriendo el servicio o artículo si usted pide una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario desde la fecha en nuestra carta, o para la fecha en que está previsto que entre en vigor la acción (la fecha que sea más tarde de las dos).
  - Si usted cumple este plazo, usted recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras está pendiente su apelación de Nivel 1.
  - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no son el objeto de su apelación) sin cambios.
  - Si usted no apela antes de estas fechas, en ese caso su servicio o artículo no continuará mientras usted espera la decisión sobre su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar cuidadosamente toda la información sobre su petición de cobertura de atención médica.
- Comprobamos si hemos seguido todas las reglas cuando dijimos **No** a su petición.
- Reunimos más información si la necesitamos. Puede que lo contactemos a usted o a su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación, o más pronto si su salud requiere una respuesta más rápida**. Le daremos nuestra respuesta más pronto si su salud lo requiere.
  - » Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones; entonces la revisa una IRO. Más adelante en este Capítulo le hablamos de esta organización y explicamos el Nivel 2 del proceso de apelaciones. Si su problema es acerca de la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, puede pedir una Audiencia Estatal usted mismo ante el estado en cuanto se cumpla el plazo. Para pedir Audiencia Estatal, consulte la **Sección F4** más adelante.
- **Si decimos Sí a toda su petición o a parte de ella**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en el plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su apelación, o más pronto si su salud lo requiere.
- **Si decimos No a toda su petición o a parte de ella**, enviamos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 30 días calendario** después de que hayamos recibido su apelación por cobertura de servicios que no recibió.
- Si su petición es por un medicamento de Medicare Parte B que no recibió, le damos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación, o más pronto si su salud lo requiere.
  - » Si no le damos una respuesta dentro del plazo, debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones; entonces la revisa una IRO. Más adelante en este Capítulo le hablamos de esta organización y le explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre un servicio o artículo de Medi-Cal, puede pedir una Audiencia Estatal ante el estado usted mismo en cuanto se cumpla el plazo. Para pedir una Audiencia Estatal, consulte la **Sección F4** a continuación.

Si decimos Sí a toda su petición o a parte de ella, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo de 30 días calendario desde la fecha en que recibimos su petición de apelación, o con la rapidez que exija su afección de salud, y en el plazo de 72 horas desde la fecha en que cambiamos nuestra decisión, o en el plazo de 7 días calendario desde la fecha en que recibimos su apelación si su petición es para un medicamento de Medicare Parte B.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Si decimos **No** a toda su petición o a parte de ella, **usted tiene derechos adicionales de apelación**:

- Si decimos **No** a lo que usted pidió en su totalidad o en parte, le enviamos una carta.
- Si su problema es acerca de la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le dice que hemos enviado su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema es acerca de la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, la carta le dice cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2.

F4. Cómo Presentar una Apelación de Nivel 2

Si decimos **No** a su Apelación de Nivel 1 en su totalidad o en parte, le enviaremos una carta, que le dice si el servicio o artículo lo cubre Medicare, Medi-Cal, o ambos programas.

- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que normalmente cubre **Medicare**, enviamos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones en cuanto esté completa la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que normalmente cubre **Medi-Cal**, puede pedir usted mismo una Audiencia Estatal. La carta le dice cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este Capítulo bajo “Audiencia Estatal.”
- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que puede que cubran **tanto Medicare como Medi-Cal**, usted obtiene automáticamente obtiene una Apelación de Nivel 2 ante la IRO. Además de la Apelación de Nivel 2 automática, también puede pedir una Audiencia Estatal.

Si usted calificaba para continuación de beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, puede que también continúen sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento objeto de apelación durante el Nivel 2. Consulte en la **Sección F3** información sobre cómo continuar sus beneficios durante la Apelación de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que normalmente solo cubre Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 ante la IRO.
- Si su problema es sobre un servicio que normalmente solo cubre Medi-Cal, sus beneficios para ese servicio continúan si usted presenta una Apelación de Nivel 2 en el plazo de 10 días calendario después de recibir la carta con nuestra decisión.

Cuando su problema es acerca de un servicio o artículo que normalmente cubre Medicare

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente con contrato con Medicare.

> El nombre formal para la Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) es la **Entidad de Revisión Independiente**, a veces llamada la **IRE**.

- Esta organización no está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare escogió la compañía para que fuera la IRO y Medicare supervisa su trabajo.

- Nosotros enviamos información sobre su apelación (su "expediente de caso") a esta organización. Usted tiene derecho a una copia gratuita de su expediente de caso.
- Usted tiene derecho a dar a la IRO información adicional en apoyo de su apelación.
- Los revisores de la IRO examinan detalladamente toda la información relacionada con su apelación

Si usted tuvo una apelación rápida de Nivel 1, usted también tiene una apelación rápida de Nivel 2

- Si usted tuvo una apelación rápida ante nosotros de Nivel 1, usted obtiene automáticamente una apelación rápida de Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en el plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.

Si usted tuvo una apelación estándar de Nivel 1, usted también tiene una apelación estándar de Nivel 2.

- Si usted tuvo una apelación estándar ante nosotros de Nivel 1, usted obtiene automáticamente una apelación estándar de Nivel 2.
- Si su petición es de un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en el plazo de 30 días** calendario después de recibir su apelación.
- Si su petición es de un medicamento de Medicare Parte B, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en el plazo de 7 días calendario después de recibir su apelación

Si la IRO le da su respuesta por escrito y explica los motivos.

- **Si la IRO dice Sí a una petición de un artículo o servicio médico en su totalidad o en parte**, debemos implementar la decisión con prontitud:
  - Autorizar la cobertura de atención médica **en el plazo de 72 horas**, **o**
  - Proporcionar el servicio en el plazo de **5 días laborables** después de que recibamos la decisión de la IRO para **peticiones estándar**, **o**
  - Proporcionar el servicio en el plazo de 72 horas desde la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **peticiones expeditas**.
- **Si la IRO dice Sí a una petición de un medicamento de Medicare Parte B en su totalidad o en parte, debemos autorizar el medicamento de Medicare Parte B objeto de disputa:**
  - **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la IRO, para **peticiones estándar**, **o**
  - **en el plazo de 24 horas** desde la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **peticiones expeditas**.
- **Si la IRO dice No a su apelación en su totalidad o en parte**, significa que está de acuerdo en que nosotros no deberíamos aprobar su petición (o parte de ella) de cobertura de atención médica. Esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación."
  - Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea llevar más adelante su apelación.
  - Después del Nivel 2 hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones, para un total de cinco niveles.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

» Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y usted cumple los requisitos para continuar el proceso de apelaciones, usted debe decidir si pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto están en la notificación escrita que usted recibe tras su Apelación de Nivel 2.
» De las Apelaciones de Nivel 3 se encarga un Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) o un abogado adjudicador. Para información sobre Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5, consulte la **Sección J**.

Cuando su problema es acerca de servicio o artículo que normalmente cubre Medi-Cal

(1) Audiencia Estatal

Puede pedir una Audiencia Estatal para servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor pide un servicio o artículo que no queremos aprobar, o no queremos seguir pagando por un servicio o artículo que usted ya tiene y hemos dicho "no" a su apelación de Nivel 1, usted tiene derecho a pedir una Audiencia Estatal.

En la mayoría de los casos **usted tiene 120 días para pedir una Audiencia Estatal** después de que se le envíe el aviso de "Carta de Decisión de Apelación".

NOTA: Si usted pide una Audiencia Estatal porque le hemos dicho que va a cambiar o va a finalizar un servicio que usted recibe actualmente, **usted tiene menos días para presentar su petición** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras está pendiente su Audiencia Estatal. Para más información, lea "Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2" en la página 218.

Hay dos formas de pedir una Audiencia Estatal:

1. Usted puede completar la "Petición de Audiencia Estatal" al dorso de la notificación de acción. Debe proporcionar toda la información que se pide, como nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del plan o condado que realizó la acción contra usted, el/los programa(s) de ayuda de que se trate, y el motivo detallado por el que desea una audiencia. Después, puede presentar su petición en una de las siguientes formas:

   - Al departamento de bienestar del condado, a la dirección que aparece en la notificación.
   - A: California Department of Social Services:
     State Hearings Division
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
     Sacramento, California 94244-2430
   - A la División de Audiencias Estatales, por fax al **916-309-3487**, o sin costo al **1-833-281-0903**.

2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al **1-800-743-8525**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-952-8349**. Si usted decide pedir una Audiencia Estatal por teléfono, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas están frecuentemente ocupadas.

   Si usted no está de acuerdo con una acción realizada por su plan de atención administrada de Medi-Cal, por lo general debe presentar una apelación ante su plan de atención administrada. Tiene 60 días

calendario desde la fecha de la notificación de acción para presentar una apelación ante el plan de atención administrada. Si la apelación ante el plan de atención administrada no resuelve la cuestión, usted tiene 120 días calendario desde la fecha de la Notificación de Resolución de Apelación del plan para pedir una audiencia estatal. También puede solicitar una audiencia estatal si usted presentó una apelación ante el plan de atención administrada y no ha recibido una Notificación de Resolución de Apelación en el plazo de 30 días.

La División de Audiencias Estatales le da su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si la División de Audiencias Estatales dice **Sí** a su petición de un artículo o servicio médico en su totalidad o en parte, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos su decisión.
- Si la División de Audiencias Estatales dice **No** a su apelación en su totalidad o en parte, significa que están de acuerdo en que no deberíamos aprobar su petición (o parte de su petición) de cobertura de atención médica. Esto se llama "confirmar la decisión"" o "rechazar su apelación."

Si la decisión de la IRO o Audiencia estatal es **"No"** a la totalidad o parte de su petición, usted tiene derechos adicionales de apelación.

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la **IRO**, usted puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple una cierta cantidad mínima. De las Apelaciones de Nivel 3 se encarga un ALJ o un abogado adjudicador. **La carta que usted recibe de la IRO explica los derechos de apelación adicionales que usted puede tener.**

La carta que usted recibe de la División de Audiencias Estatales describe la siguiente opción de apelación.

Para más información sobre sus derechos de apelación después del nivel 2, consulte la **Sección J**.

F5. Problemas con el pago

No permitimos a nuestros proveedores de la red facturarle a usted por servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura. La única cantidad que debería pedírsele a usted que pague es el copago por sus medicamentos. Si recibe una factura que es más que su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura; no la pague usted mismo. Contactaremos directamente al proveedor y nos ocuparemos del problema. Si usted paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las reglas para obtener los servicios o el artículo.

Si desea más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*, que describe situaciones en las que puede que usted necesite pedirnos que le reembolsemos o pagar una factura que recibió de un proveedor. También le explica cómo enviarnos el papeleo que nos pide el pago.

Si usted solicita el reembolso, está pidiendo una decisión sobre cobertura. Comprobaremos si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto y si usted cumplió todas las reglas para usar su cobertura.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- Si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto y usted cumplió todas las reglas, le enviaremos el pago o nuestra parte del costo del servicio o artículo típicamente en el plazo de 30 días calendario, pero como máximo en 60 días calendario, tras haber recibido su petición.
- Si usted todavía no ha pagado por el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir **Sí** a su petición de una decisión sobre cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto y usted no cumplió todas las reglas, le enviaremos una carta diciéndole que no pagaremos por el servicio o artículo y explicándole el motivo.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones que se describe en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si usted presenta una apelación para que le reembolsemos, debemos darle nuestra respuesta en el plazo de 30 días calendario después de que recibamos su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** normalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos a usted una carta si sucede esto.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle a usted, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en el plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es Sí en cualquier fase del proceso después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de salud dentro de un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO dice **No** a su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su petición. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación.” Usted recibirá una carta explicándole los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Para más información sobre niveles adicionales de apelación, consulte la **Sección J**.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y Medi-Cal normalmente cubre el servicio o artículo, puede presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Para más información, consulte la **Sección F4**.

G. Medicamentos de Medicare Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura de muchos medicamentos; la mayoría de estos son medicamentos de Medicare Parte D. Hay unos pocos medicamentos que no cubre Medicare Parte D que puede que cubra Medi-Cal. **Esta sección solo se aplica a apelaciones sobre medicamentos de Medicare Parte D**. En el resto de esta sección, diremos "medicamento" en lugar de repetir "Medicamento de Medicare Parte D" cada vez.

Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada médicamente; eso significa que el medicamento está aprobado para la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o apoyado por ciertas referencias médicas. Para más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.

G1. Decisiones sobre cobertura y apelaciones de Medicare Parte D

Estos son algunos ejemplos de decisiones sobre cobertura que usted nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de Medicare Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, incluyendo pedirnos que:
  - » Cubramos un medicamento de Medicare Parte D que no está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan, o
  - » Que eliminemos una restricción de nuestra cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad que usted puede recibir)
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (como cuando su medicamento no está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan pero debemos aprobarlo para usted antes de cubrirlo).

NOTA: Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le da una notificación por escrito que le explica cómo contactarnos para pedir una decisión sobre cobertura.

La decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de Medicare Parte D se llama **"determinación sobre cobertura."**

- Usted nos pide que paguemos por un medicamento que usted ya ha comprado. Esto se llama pedir una decisión sobre cobertura sobre pago.

Si usted no está de acuerdo con una decisión sobre cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le dice cómo pedir decisiones sobre cobertura y cómo presentar una apelación. Para servirle de guía, utilice la tabla a continuación.

¿En cuál de estas situaciones está usted?			
Usted necesita un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o necesita que no apliquemos una regla o restricción de un medicamento que cubrimos.	Usted quiere que cubramos un medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* y piensa que usted cumple las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación previa) para el medicamento que necesita.	Usted quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento que usted ya ha recibido y pagado.	Le hemos dicho que no vamos a cubrir o pagar por un medicamento en la forma que usted desea.
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión sobre cobertura.)	**Puede pedirnos una decisión sobre cobertura.**	**Puede pedirnos que le reembolsemos.** (Este es un tipo de decisión sobre cobertura.)	**Puede presentar una apelación.** (Esto significa que usted nos pide que reconsideremos.)
Comience con la Sección **G2**, después consulte las **Secciones G3 y G4**.	Consulte la Sección **G4**.	Consulte la Sección **G4**.	Consulte la Sección **G5**.

G2. Excepciones de Medicare Parte D

Si no cubrimos un medicamento de la forma que usted desearía, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Si rechazamos su petición de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted pida un excepción, es necesario que su médico u otra persona que recetó explique los motivos médicos por los cuales usted necesita la excepción.

> Pedir la cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos, o que se elimine una restricción sobre un medicamento, a veces se llama pedir una **"excepción al formulario."**

Estos son algunos ejemplos de excepciones que pueden pedirnos que hagamos usted o su médico u otra persona que receta:

1. **Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos***
   - Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*, usted paga el copago que se aplica a todos nuestros medicamentos.
   - Usted no puede obtener una excepción a la cantidad requerida del copago por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto**
   - Se aplican reglas o restricciones extra a ciertos medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos* (para más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*).
   - Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
     - » Obligación de utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
     - » Obtener nuestra aprobación previa antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto a veces se llama "autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)"
     - » Límites de cantidad. Para algunos medicamentos hay restricciones sobre la cantidad del medicamento que usted puede tener.

G3. Cosas importantes que debe saber sobre cómo pedir una excepción

Su médico u otra persona que receta debe decirnos los motivos médicos.

Su médico u otra persona que receta debe proporcionarnos una declaración explicando las razones médicas para pedir una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona que receta cuando pida la excepción.

A menudo nuestra *Lista de Medicamentos* incluye más de un medicamento para tratar una afección específica; estos se llaman medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo es exactamente igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general **no** aprobamos su petición de excepción.

Podemos decir Sí o No a su petición.

- Si decimos **Sí** a su petición de excepción, normalmente la excepción dura hasta el final del año calendario. Esto es así durante todo el tiempo en que su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si decimos **No** a su petición de excepción, usted puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si decimos **No**.

La próxima sección le dice cómo pedir una decisión sobre cobertura, incluyendo una excepción.

G4. Cómo pedir una decisión sobre cobertura, incluyendo una excepción

- Pida el tipo de decisión sobre cobertura que desea llamando al **1-888-301-1228**, o escribiéndonos, o enviándonos un fax. Esto puede hacerlo usted, su representante o su médico (u otra persona que receta). Por favor, incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- La decisión sobre cobertura puede pedirla usted o su médico (u otra persona que receta) u otra persona que actúe en su nombre. También puede hacer que un abogado actúe en nombre de usted.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- No es necesario que usted dé permiso a su médico u a otra persona que receta que pida una decisión sobre cobertura en nombre de usted.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- Si quiere que le reembolsemos por un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.
- Si pide una excepción, proporciónenos una "declaración de apoyo." La declaración de apoyo incluye los motivos médicos de su médico u otra persona que receta para la petición de excepción.
- Su médico u otra persona que receta nos puede enviar la declaración de apoyo por fax o por correo. También nos la puede decir por teléfono y después enviar la declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, pídanos una "decisión rápida sobre cobertura."

Utilizamos los "plazos estándar" a menos que aceptemos utilizar los "plazos rápidos".

- La **decisión estándar sobre cobertura** significa que le damos una respuesta en el plazo de 72 horas tras recibir la declaración de su médico.
- La **decisión rápida sobre cobertura** significa que le damos una respuesta en el plazo de 24 horas tras recibir la declaración de su médico.

La "decisión rápida sobre cobertura" se llama **"determinación expedita sobre cobertura."**

Puede obtener una decisión rápida sobre cobertura si:

- Es para un medicamento que usted no ha recibido. No puede obtener una decisión rápida sobre cobertura si nos está pidiendo que le reembolsemos por un medicamento que ya ha comprado.
- Su salud o capacidad de funcionar se verían seriamente dañadas si usamos los plazos estándar.

Si su médico u otra persona que receta nos dice que su salud requiere una decisión rápida sobre cobertura, revisaremos su petición conforme al plazo de decisión rápida sobre cobertura. Le enviaremos una carta con esta información.

- Si pide una decisión rápida sobre cobertura sin el apoyo de su médico u otra persona que receta, decidiremos nosotros si usted obtiene una decisión rápida sobre cobertura.
- Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida sobre cobertura, usaremos en su lugar los plazos estándar.
  - » Le enviamos una carta que le dice que utilizaremos el plazo estándar. La carta también le dice cómo presentar una apelación contra nuestra decisión.
  - » Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta en el plazo de 24 horas. Si desea más información sobre cómo presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en el plazo de 24 horas tras haber recibido su petición. Si nos pide una excepción, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 24 horas tras recibir la declaración de apoyo de su médico. Le damos nuestra respuesta más pronto si su salud lo requiere.

- Si no cumplimos este plazo, enviamos su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO. Para más información sobre una Apelación de Nivel 2, consulte la **Sección G6**.
- Si decimos **Sí** a toda su petición o a parte de ella, le damos la cobertura en el plazo de 24 horas tras haber recibido su petición o la declaración de apoyo de su médico.
- Si decimos **No** a toda su petición o a parte de ella, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le dice cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión estándar sobre cobertura sobre un medicamento que usted no ha recibido

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en el plazo de 72 horas tras haber recibido su petición. Si nos pide una excepción, le damos nuestra respuesta en el plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de apoyo de su médico. Le damos nuestra respuesta más pronto si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si decimos **Sí** a toda su petición o a parte de ella, le damos la cobertura en el plazo de 72 horas tras haber recibido su petición o la declaración de apoyo de su médico para una excepción.
- Si decimos **No** a toda su petición o a parte de ella, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le dice cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión estándar sobre cobertura sobre un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario tras haber recibido su petición.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si decimos **Sí** a toda su petición o a parte de ella, le reembolsamos en el plazo de 14 días calendario.
- Si decimos **No** a toda su petición o a parte de ella, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le dice cómo presentar una apelación.

G5. Cómo Presentar una Apelación de Nivel 1

Las apelaciones a nuestro plan acerca de una decisión sobre cobertura de medicamentos de Medicare Parte D se llaman **"redeterminación"** del plan.

- Comience su **apelación estándar** o **rápida** llamando al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), escribiéndonos, o enviándonos un fax. Esto puede hacerlo usted, su representante o su médico (u otra persona que receta). Por favor, incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Usted debe pedir una apelación **en el plazo de 65 días calendario** desde la fecha que aparece en la carta que le enviamos para informarle de nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- Si usted no cumple el plazo y tiene un motivo justificado para no haberlo cumplido, puede que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados son cosas como que haya tenido una enfermedad grave, o que le diéramos información errónea sobre el plazo. Cuando presente su apelación, explique el motivo por el cual la ha presentado tarde.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también nos pueden dar más información en apoyo de su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida.

Las apelaciones rápidas también se llaman **"redeterminación expedita."**

- Si apela una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que usted no ha recibido, usted y su médico u otra persona que receta deciden si usted necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión rápida sobre cobertura. Para más información, consulte la **Sección G4**.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a examinar detalladamente toda la información sobre su petición de cobertura.
- Comprobamos si hemos seguido las reglas cuando dijimos No a su petición.
- Puede que lo contactemos a usted, o a su médico, o a otra persona que receta, para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos su apelación.
  - » Le damos nuestra respuesta más pronto si su salud lo requiere.
  - » Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones; entonces la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si decimos **Sí** a toda su petición o a parte de ella, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en el plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su apelación.
- Si decimos **No** a toda su petición o a parte de ella, le enviamos una carta que explica los motivos y le dice cómo presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de que hayamos recibido su apelación por un medicamento que usted no obtuvo.
- Si usted no obtuvo el medicamento y su situación de salud lo requiere, le damos nuestra decisión más pronto. Si piensa que su salud lo necesita, pida una apelación rápida.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

» Si no le damos una decisión en el plazo de 7 días calendario, debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones; entonces la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si decimos **Sí** a toda su petición o a parte de ella:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que hemos aceptado proporcionar con la rapidez que requiera su salud, pero **como máximo en 7 días calendario** después de que hayamos recibido su apelación.
- Debemos **enviarle el pago a usted** del medicamento que compró **en el plazo de 30 días calendario** después de que hayamos recibido su apelación.

Si decimos **No** a toda su petición o a parte de ella:

- Le enviamos una carta que explica los motivos y le dice cómo presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre reembolsarle por un medicamento que usted compró **en el plazo de 14 días calendario** después de que hayamos recibido su apelación.
  - » Si no le damos una decisión en el plazo de 14 días calendario, debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones; entonces la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si decimos **Sí** a toda su petición o a parte de ella, debemos pagarle en el plazo de 30 días calendario tras haber recibido su petición.
- Si decimos **No** a toda su petición o a parte de ella, le enviamos una carta que explica los motivos y le dice cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo Presentar una Apelación de Nivel 2

Si decimos **No** a su Apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, usted utiliza el proceso de apelaciones de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando dijimos **No** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

> El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" (IRO, por sus siglas en inglés) es la **"Entidad de Revisión Independiente"**, a veces llamada por sus siglas inglesas la **"IRE"**.

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante u otra persona que receta debe contactar a la IRO **por escrito** y pedir una revisión de su caso.

- Si decimos **No** a su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones le dicen quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir usted, y cómo contactar a esa organización.
- Cuando usted presenta una apelación ante la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se llama su "expediente de caso". **Usted tiene derecho a una copia gratuita de su expediente de caso**. Si necesita ayuda para pedir una copia gratuita de su expediente de caso, llame al **1-888-301-1228** (TTY: **711**).
- Usted tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional en apoyo de su apelación.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

La IRO revisa su Apelación de Nivel 2 de Medicare Parte D y le da una respuesta por escrito. Si desea más información sobre la IRO, consulte la **Sección F4**.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

Si su salud lo requiere, pida a la IRO una apelación rápida.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **en el plazo de 72 horas** después de haber recibido su petición de apelación.
- Si dicen **Sí** a toda su petición o a parte de ella, debemos proporcionar la cobertura de medicamento aprobada **en el plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 2

Si usted tiene una apelación estándar de Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **en el plazo de 7 días calendario** después de que hayan recibido su apelación por un medicamento que usted no recibió.
- **en el plazo de 14 días calendario** después de que hayan recibido su apelación para el reembolso de un medicamento que compró usted.

Si la IRO dice **Sí** a toda su petición o a parte de ella:

- Debemos proporcionar la cobertura de medicamento aprobada **en el plazo de 72 horas** después de hayamos recibido la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle por el medicamento que compró en el plazo de 30 días calendario después de que hayamos recibido la decisión de la IRO.
- Si la IRO dice **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su petición. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO dice **No** a su Apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamento que pide llega a un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamento que pide no llega al mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía a usted una carta que dice cuál es el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su petición cumple el requisito, usted decide si desea seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO dice **No** a su Apelación de Nivel 2 y usted cumple el requisito para continuar el proceso de apelaciones, usted:
  - » Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
  - » Consulta la carta que le envió la IRO después de su Apelación de Nivel 2 para detallas sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

De las Apelaciones de Nivel 3 se encarga un ALJ o un abogado adjudicador. Consulte información sobre Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 en la **Sección J**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

H. Cómo pedirnos que cubramos una estancia hospitalaria más larga

Cuando ingresa en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Si desea más información sobre la cobertura de hospital de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.

Durante su estancia hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajan con usted para prepararse para el día en que abandone el hospital. También ayudan a organizar la atención que puede necesitar después de salir.

- El día en que usted abandona el hospital se llama su "fecha de alta".
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si piensa que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, o está preocupado por su atención después de abandonar el hospital, puede pedir una estancia hospitalaria más larga. Esta sección le dice cómo pedirla.

H1. Cómo conocer sus derechos conforme a Medicare

Dentro de los dos días después de su ingreso en el hospital, alguien en el hospital, como una enfermera o trabajador de caso, le entregará una notificación por escrito llamada "Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos." Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación siempre que ingresan en un hospital.

Si no recibe la notificación, pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página. También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**; los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

- **Lea la notificación** detenidamente y haga preguntas si no entiende. El aviso le habla de sus derechos sobre paciente hospitalario, incluyendo sus derechos a:
  - obtener servicios cubiertos por Medicare durante su estancia hospitalaria y después de ella. Usted tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
  - ser parte de cualquier decisión sobre la duración de su estancia hospitalaria.
  - saber dónde comunicar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
  - apelar si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme la notificación** para mostrar que lo ha recibido y entiende sus derechos.
  - La notificación puede firmarla usted o alguien que actúe en su nombre.
  - Firmar la notificación solo muestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar no significa que usted esté de acuerdo con una fecha de alta que le puedan haber dicho su médico o el personal del hospital.
- **Guarde su copia** de la notificación firmada, para tener la información si la necesita.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Si firma el aviso más de dos días antes del día que salga del hospital, obtendrá otra copia antes de que le den el alta.

Puede ver una copia de la notificación con antelación si usted:

- Llama al Departamento de Servicios para Miembros a los números en la parte inferior de la página
- Llama a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**; los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Visita la página **www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im**.

H2. Cómo Presentar una Apelación de Nivel 1

Para pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante más tiempo, presente una apelación. La Organización de Mejora de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) revisa la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha prevista de alta es médicamente adecuada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal, que comprueban y ayudan a mejorar la calidad para las personas que tienen Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En California, la QIO es Commence Health Llámelos al **1-877-588-1123** (TTY: **711**). También hay información de contacto en la notificación "Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos," y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de abandonar el hospital y como máximo en su fecha prevista de alta.

- **Si llama antes de salir del hospital,** puede quedarse en él después de su fecha prevista de alta sin tener que pagarlo mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar y** decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta prevista, puede que usted pague la totalidad de los costos de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta prevista.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página.
- Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) al **1-800-434-0222**.

Pida una revisión rápida. Actúe con rapidez y contacte a la QIO para pedir una revisión rápida de su alta hospitalaria.

> El término legal para **"revisión rápida"** es **"revisión inmediata"** o **"revisión expedita."**

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué piensa que debería continuar la cobertura después de la fecha prevista de alta. No es necesario que usted haga una declaración por escrito, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les han facilitado el hospital y nuestro plan.
- Para mediodía del día después que los revisores hayan informado a nuestro plan acerca de su apelación, usted recibe una carta con su fecha de alta prevista. La carta también explica los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es la fecha correcta de alta que es médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación por escrito es **"Notificación Detallada de Alta."** Puede obtener una muestra llamando al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página o a **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.) También puede consultar un modelo de notificación en línea en la página **www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im**.

En el plazo de un día completo después de obtener toda la información qué necesita, la QIO le da su respuesta a su apelación.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Cubriremos sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalario durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Creen que su fecha de alta prevista es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado acabarán a mediodía del día después de que la QIO le responda a su apelación.
- Puede que usted tenga que pagar la totalidad del costo de la atención hospitalaria que usted reciba después de mediodía del día después que la QIO le haya dado su respuesta a su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación de Nivel 1 **y** usted permanece en el hospital después de su fecha prevista de alta.

H3. Cómo Presentar una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted pide a la QIO que vuelva a examinar la decisión que tomaron sobre su Apelación de Nivel 1. Llámelos al **1-877-588-1123** (TTY: **711**).

Debe pedir esta revisión **en el plazo de 60 días calendario** después del día en que la QIO haya dicho **No** a su Apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión **solo** si usted permanece en el hospital después de la fecha en que finalizaba la cobertura de su atención.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Los revisores de la QIO:

- volverán a examinar detalladamente toda la información relacionada con su apelación.
- le informarán sobre su decisión acerca de su Apelación de Nivel 2 en el plazo de 14 días calendario después de haber recibido su petición de una segunda revisión.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Debemos reembolsarle a usted nuestra parte de los costos de atención hospitalaria desde mediodía del día después de la fecha en que la QIO rechazó su Apelación de Nivel 1.
- Le proporcionaremos sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalario durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Está de acuerdo con la decisión de ellos sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- Le envía una carta que le explica qué puede hacer si quiere continuar el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

De las Apelaciones de Nivel 3 se encarga un ALJ o un abogado adjudicador. Para información sobre Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5, consulte la **Sección J**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

I. Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección es solo acerca de tres tipos de servicios que usted puede estar recibiendo:

- servicios de atención de salud a domicilio
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, **y**
- cuidados de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Esto normalmente significa que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a obtener servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que usted los necesita.

Cuando decidamos dejar de cubrir alguno de estos, debemos decírselo **antes** de que finalicen sus servicios. Cuando finaliza su cobertura para ese servicio, dejamos de pagar por él.

Si piensa que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

I1. Aviso con antelación antes de que finalice su

Le enviamos una notificación por escrito que usted recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención, llamada “Aviso de No Cobertura de Medicare”. El aviso le dice la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar la notificación para mostrar que la han recibido. Firmar la notificación **solo** muestra que ha recibido la información; firmar no significa que usted esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo Presentar una Apelación de Nivel 1

Si piensa que vamos a finalizar la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le habla del proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla los plazos que se apliquen a las cosas que usted debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir plazos. Si piensa que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. Para más información sobre quejas, consulte la **Sección K.**

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento:
  - Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página.
  - Llame a HICAP al **1-800-434-0222**.
- **Contacte a la QIO.**
  - Consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para más información sobre la QIO y cómo contactarlos.
  - Pídales que revisen su apelación y decidan si cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y pida una "apelación acelerada."** Pregunte a la QIO si es médicamente adecuado que nosotros pongamos fin a la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para contactar a esta organización

- Debe contactar a la QIO para completar su apelación a más tardar a mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor que aparece en el "Aviso de No Cobertura de Medicare" que le hemos enviado.

El término legal para el aviso por escrito es **"Aviso de No Cobertura de Medicare"**. Para recibir un ejemplar de muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números en la parte inferior de la página o llame a Medicare a **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**; los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O puede obtener un ejemplar en línea en la página www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación acelerada

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué piensan que debería continuar la cobertura. No es obligatorio que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les ha dado nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía a usted una notificación por escrito que explica nuestros motivos para poner fin a la cobertura de sus servicios. Usted recibe la notificación para el final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación.

El término legal para la explicación en la notificación es **"Explicación Detallada de No Cobertura"**.

- Los revisores proporcionan su decisión en el plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesitan.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Proporcionaremos sus servicios cubiertos el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página www.goldcoasthealthplan.org.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le dijimos.
- Dejamos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Usted paga la totalidad del costo de esta atención usted mismo si decide continuar la atención de salud a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada, o servicios CORF después de la fecha en que finaliza su cobertura
- Usted decide si quiere continuar recibiendo estos servicios y presenta una Apelación de Nivel 2.

I3. Cómo Presentar una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted pide a la QIO que vuelva a examinar la decisión que tomaron sobre su Apelación de Nivel 1. Llámelos al **1-877-588-1123** (TTY: **711**).

Usted debe pedir esta revisión **en el plazo de 60 días calendario** después del día en que la QIO dijo **No** a su Apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión **solo** si usted continúa la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar detalladamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán sobre su decisión acerca de su Apelación de Nivel 2 en el plazo de 14 días calendario después de recibir su petición de una segunda revisión.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Nosotros le reembolsamos por nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.
- Proporcionaremos cobertura para la atención todo el tiempo que sea médicamente necesario

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Está de acuerdo con nuestra decisión de poner fin a su atención y no quiere cambiarla.
- Le envía una carta que le dice qué puede hacer si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

De las Apelaciones de Nivel 3 se encarga un ALJ o un abogado adjudicador. Para información sobre Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5, consulte la **Sección J**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Siguientes pasos para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para servicios o artículos de Medicare y sus dos apelaciones han sido rechazadas, puede que usted tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que usted apeló no cumple cierta cantidad mínima en dólares, usted no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo bastante alto, puede continuar el proceso de apelaciones. La carta que usted recibe de la IRO para su Apelación de Nivel 2 explica a quién contactar y qué hacer para pedir una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o abogado adjudicador dice **Sí** a su apelación, nosotros tenemos derecho a apelar una Decisión de Nivel 3 que le sea favorable a usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la petición de Apelación de Nivel 4 con cualquier documento que la acompañe. Puede que esperemos a la decisión sobre la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio objeto de disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en el plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o el abogado adjudicador.
  - » Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **No** a su apelación, puede que el proceso de apelaciones no haya finalizado.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ya ha finalizado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le dirá qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el "Consejo") revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice **Sí** a su Apelación de Nivel 4 o deniega nuestra petición de revisar una decisión sobre una Apelación de Nivel 3 favorable a usted, nosotros tenemos el derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo diremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en el plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Si el Consejo dice **No** o deniega nuestra petición de revisión, puede que el proceso de apelaciones no haya finalizado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ya ha finalizado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que usted pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que usted reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación, junto con toda la información, y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No hay más niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

Usted también tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que normalmente cubre Medi-Cal. La carta que usted recibe de la División de Audiencias Estatales le dirá qué hacer si desea continuar el proceso de apelaciones.

J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Peticiones de Medicamentos de Medicare Parte D

Esta sección puede ser la adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y sus dos apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted ha apelado alcanza una cierta cantidad en dólares, puede pasar a niveles adicionales de apelación. La respuesta por escrito que usted recibe a su Apelación de Nivel 2 explica a quién contactar y qué hacer para pedir una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o abogado adjudicador dice **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelaciones ya ha finalizado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada en el plazo de 72 horas (o 24 horas para una apelación expedita) o hacer el pago como máximo en 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el ALJ o abogado adjudicador dice **No** a su apelación, puede que el proceso de apelaciones no haya finalizado.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ya ha finalizado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de apelación. La notificación que reciba le dirá qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelaciones ya ha finalizado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamento aprobada en el plazo de 72 horas (o 24 horas para una apelación expedita) o hacer el pago como máximo en 30 días calendario después de que hayamos recibido la decisión.

Si el Consejo dice **No** a su apelación o si el Consejo deniega la petición de revisión, puede que el proceso de apelaciones no haya finalizado.

- Si usted decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ya ha finalizado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que usted pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación, junto con toda la información, y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No hay más niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipos de problemas deberían ser quejas

El proceso de queja se utiliza solo para ciertos tipos de problemas, como problemas sobre la calidad de atención, tiempos de espera, coordinación de atención y servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que gestiona el proceso de queja.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.
Respeto a su privacidad	• Usted piensa que alguien no ha respetado su derecho a privacidad o ha compartido información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• Un proveedor de salud o empleado fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal le trató mal. • Usted cree que le están empujando para que abandone nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	• Usted no puede acceder físicamente a los servicios de salud e instalaciones en el consultorio de un médico o de un proveedor. • Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma distinto del inglés que habla usted (como lenguaje de signos estadounidense o español). • Su proveedor no le da otras acomodaciones razonables que usted necesita y ha solicitado.
Tiempos de espera	• Usted tiene problemas para conseguir una cita, o espera demasiado para obtenerla. • Médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, el Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan le hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	• Usted piensa que la clínica, hospital o consultorio del médico no están limpios.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Queja	Ejemplo
Información que usted recibe de nosotros	• Usted piensa que no le hemos entregado un aviso o carta que usted debería haber recibido. • Usted piensa que la información por escrito que le hemos enviado es demasiado difícil de entender.
Prontitud relacionada con decisiones sobre cobertura o apelaciones	• Usted piensa que no cumplimos nuestros plazos para tomar una decisión sobre cobertura o contestar a su apelación. • Usted piensa que, después de recibir una decisión sobre cobertura o una apelación a su favor, nosotros no cumplimos los plazos para aprobar o darle el servicio o reembolsarle por ciertos servicios médicos. • Usted piensa que no hemos enviado su caso a la IRO a tiempo.

Hay distintos tipos de quejas. Puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Las quejas internas las recibe y revisa nuestro plan, mientras que las quejas externas las recibe y revisa una organización no vinculada a nuestro plan. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página.

El término legal para "una queja" es un **"reclamo."**

El término legal para "presentar una queja" es **"presentar un reclamo"**

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-888-301-1228** (TTY: **711**). Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que sea acerca de un medicamento de Medicare Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de Medicare Parte D, debe presentarla **en el plazo de 60 días calendario** después de tener el problema sobre el que quiere quejarse.

- Si hay algo más que usted deba hacer, se lo dirá el Departamento de Servicios para Miembros.
- También puede redactar su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Una queja rápida, también conocida como un reclamo expedito, es una queja formal que se presenta cuando un miembro de Medicare o Medi-Cal cree que la decisión, como una denegación de cobertura, no se está procesando en un plazo oportuno, o cuando el miembro no está de acuerdo con la decisión de prolongar el tiempo de procesamiento. Esto puede ser una petición de una revisión más rápida del reclamo o apelación inicial.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

El término legal para “queja rápida” es “reclamo expedito.”

Si es posible, le respondemos inmediatamente. Si nos llama con una queja, es posible que podamos responderle en la misma llamada telefónica. Si su situación de salud exige que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Contestamos a la mayoría de las quejas en el plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en 30 días calendario porque necesitamos más información, le avisamos por escrito. También proporcionamos una actualización sobre estado y un tiempo estimado para que usted reciba la respuesta.
- Si usted presenta una queja porque hemos denegado su petición de una “decisión rápida sobre cobertura” o una “apelación rápida,” automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en el plazo de 24 horas.
- Si usted presenta una queja porque nos tomó un tiempo extra tomar una decisión sobre cobertura o apelación, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en el plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con su queja, en su totalidad o en parte, se lo diremos y le explicaremos nuestros motivos. Respondemos tanto si estamos de acuerdo con la queja como si no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de Quejas de Medicare está disponible en la página **www.medicare.gov/my/medicare-complaint**. No es necesario que presente una queja ante Total Care Advantage antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare se toma en serio sus quejas y utiliza esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o preocupación, o si siente que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.

Medi-Cal

Puede presentar una queja ante el Ombudsman de Atención Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Salud (DHCS) de California, llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Llame de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Si considera que no se le ha tratado de forma justa, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Por ejemplo, puede presentar una queja sobre acceso para personas discapacitadas o asistencia lingüística. El número de teléfono de la OCR es el **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537- 7697**. Para más información, puede visitar la página **www.hhs.gov/ocr**.

Puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud de California (DHCS) por teléfono: llame al **1-916-440-7370**. Si no puede hablar u oír bien, llame al **711** (TTY).

Por correo: 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

Hay disponibles formularios de queja en la página **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.
En línea: envíe un correo electrónico a **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

Puede que también tenga derechos conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Puede contactar a:

Oficina de Derechos Civiles – Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

Si cree que ha sufrido discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad 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 los Estados Unidos, por teléfono, por correo o en línea:

Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede hablar u oír bien, llame a TTY **1-800-537-7697** o al **711** para usar el Servicio de Retransmisiones de California.

Por correo: 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

Hay disponibles formularios de queja en **https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html**.
En línea: Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

QIO

Cuando su queja es sobre la calidad de atención, usted tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de atención directamente a la QIO.
- Puede presentar su queja a la QIO y a nuestro plan. Si usted presenta una queja a la QIO, trabajamos con ellos para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención de salud pagado por el gobierno federal para comprobar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para saber más sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros*.

En California, la QIO se llama Commence Health. El número de teléfono de Commence Health es el **1-877-588-1123** (TTY: **711**).

CAPÍTULO 10

Fin de su membresía en nuestro plan

Introducción

Este Capítulo explica cómo puede poner fin a su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de que abandone nuestro plan. Si abandona nuestro plan, usted seguirá estando en los programas Medicare y Medi-Cal mientras reúna los requisitos. Los términos clave aparecen por orden alfabético con sus definiciones en el último Capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Cuándo puede poner fin a su membresía en nuestro plan 248

B. Cómo poner fin a su membresía en nuestro plan 250

C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado 251

C1. Sus servicios de Medicare 251

C2. Sus servicios de Medi-Cal 254

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finaliza su membresía en nuestro plan 255

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan 256

F. Reglas que impiden pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud 257

G. Su derecho a presentar una queja si ponemos fin a su membresía en nuestro plan 258

H. Cómo obtener más información sobre finalizar su membresía en el plan 259

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

A. Cuándo puede poner fin a su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden poner fin a su membresía durante ciertas épocas del año. Dado que usted tiene Medi-Cal:

- Usted tiene varias opciones para poner fin a su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, usted puede poner fin a su membresía en nuestro plan durante los siguientes periodos cada año:

- El **Periodo de Inscripción Abierta**, que dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el plan nuevo comienza el 1 de enero.
- El **Periodo de Inscripción Abierta en Medicare Advantage (MA)**, que dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también para nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3º mes desde que usted tenga derecho. Si usted elige un plan durante este periodo, su membresía en el plan nuevo comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que usted sea elegible para hacer un cambio en su inscripción, como cuando:

- usted se muda fuera de nuestra área de servicio,
- ha cambiado su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda Extra, o
- si usted recientemente se ha mudado a un centro de enfermería o a un hospital de atención a largo plazo, está recibiendo actualmente atención en él o acaba de abandonarlo.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibamos su petición de cambiar de plan. Por ejemplo, si recibimos su petición el 18 de enero, su cobertura en nuestro plan acaba el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (el 1 de febrero, en este ejemplo).

Si usted abandona nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo puede poner fin a su membresía llamando:

- Al Departamento de Servicios para Miembros, al número que figura en la parte inferior de esta página. También aparece el número para usuarios de TTY.
- A Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**; los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

- Al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) de California, al **1-800-434-0222**, de lunes a viernes de 8.00 a.m. a 5.00 p.m. (TTY **1-800-735-2922**). Para más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, por favor, visite la página **http://www.aging.ca.gov/** HICAP/. Health Care Options al **1-844- 580-7272**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-430-7077**.
- Al Ombudsman de Atención Administrada de Medi-Cal al **1-888-452-8609**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. o escribiendo un correo electrónico a **MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov**.

NOTA: Si está en un programa de manejo de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de planes. Para información sobre programas de manejo de medicamentos, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

B. Cómo poner fin a su membresía en nuestro plan

Si usted decide poner fin a su membresía, usted puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiar a Medicare Original. Sin embargo, si usted desea cambiar de nuestro plan a Medicare Original pero no ha seleccionado un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, usted debe pedir desafiliarse de nuestro plan. Hay dos formas en que usted puede desafiliarse:

- Puede hacernos una petición por escrito. Si necesita información sobre cómo hacer esto, contacte al Departamento de Servicios para Miembros en el número en la parte inferior de esta página.
- Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**; los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) deben llamar al **1-877-486-2048**. Cuando llame al **1-800-MEDICARE**, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Hay más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando abandone nuestro plan en la tabla de la página 248.
- Llame a Health Care Options al **1-844-580-7272**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-430-7077**.
- La **Sección C** a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo cual también pondrá fin a su membresía en nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Usted tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal si elige abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare enumerados a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional, mencionada más abajo, durante ciertos momentos del año, incluyendo el **Periodo Abierto de Inscripción** y el **Periodo Abierto de Inscripción en Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la Sección **A**. Al elegir una de estas opciones, usted finaliza automáticamente su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiar a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Un Plan Medicare Medi-Cal (Plan Medi-Medi) es un tipo de plan de Medicare Advantage. Es para personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal y combina los beneficios de Medicare y Medi- Cal en un solo plan. Los Planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de los dos programas, incluyendo todos los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal o un plan de un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE), si usted califica. **Nota:** El término "Plan Medi-Medi" es el nombre de los planes integrados de necesidades especiales para personas doblemente elegibles (D-SNPs) en California.	Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486- 2048**. Para consultas sobre el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE), llame al **1-855-921-PACE (7223)**. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8.00 a.m. a 5.00 p.m. (TTY 1-800-735-2922). Para más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, por favor, visite la página **www.aging.ca.gov/ HICAP/**. **O** Inscríbase en un nuevo Plan Medi-Medi. Usted será desafiliado automáticamente de nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal cambiará para ajustarse a su Plan Medi-Medi.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

2. Puede cambiar a:	Esto es lo que debe hacer:
Medicare Original con un plan de Medicare y Plan de Medi-Cal por separado.	Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**; los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICP) de California) al **1-800-434-0222**, de lunes a viernes de 8.00 a.m. a 5.00 p.m. (TTY **1-800- 735-2922**). Para más información, o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, por favor, visite la página **www.aging.ca.gov/ HICAP/**. **O** Inscríbase en un plan nuevo de medicamentos con receta de Medicare. Usted será desafiliado automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original. Usted permanecerá inscrito en su Plan de Medi-Cal a menos que escoja un plan diferente.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

3. Puede cambiar a:	Esto es lo que debe hacer:
Medicare Original con un plan por separado de medicamentos con receta de Medicare **NOTA:** Si usted cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, puede que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no quiere unirse. Usted solo debe abandonar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) de California al **1-800-434-0222**, de lunes a viernes de 8.00 a.m. a 5.00 p.m. Para más información, o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, por favor, visite la página **www.aging.ca.gov/HICAP/**.	Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**; los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) de California al **1-800-434-0222**, de lunes a viernes de 8.00 a.m. a 5.00 p.m. (TTY **1-800- 735-2922**). Para más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, por favor, visite la página **www.aging.ca.gov/ HICAP/**. Usted será desafiliado automáticamente de nuestro plan de Medicare cuando comience su cobertura de Medicare Original. Usted permanecerá inscrito en su Plan de Medi-Cal a menos que escoja un plan diferente.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

4. Puede cambiar a: **Cualquier plan de salud de Medicare** durante ciertos momentos del año, incluyendo el **Periodo de Inscripción Abierta** y el **Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones que se describen en la **Sección A.**	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**; los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Para consultas sobre el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE), llame al **1-855-921-PACE (7223)**. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) de California al **1-800-434-0222**, de lunes a viernes de 8.00 a.m. a 5.00 p.m. (TTY **1-800-735-2922**). Para más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, por favor, visite la página **www.aging.ca.gov/ HICAP/**. **O** Inscríbase en un plan nuevo de Medicare. Usted será desafiliado automáticamente de nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Puede que cambie su Plan de Medi-Cal.

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas acerca de cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de abandonar nuestro plan, contacte a Health Care Options llamando al **1-844-580-7272**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-430-7077**. O visite la página **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en**. Pregunte la forma en que unirse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta a la forma en que usted obtiene su cobertura de Medi-Cal.

- Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame a Total Care Advantage al **1-888-301-1228** (TTY: **711**).
- Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para Medi-Cal, debe contactar a la Agencia de Servicios Humanos (HSA) del Condado de Ventura, llamando al **1-888-472-4463**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finaliza su membresía en nuestro plan

Si usted abandona nuestro plan, puede que tome un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, usted obteniendo sus medicamentos con receta y atención a través de nuestro plan, hasta que comience su plan nuevo.

- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Use las farmacias de nuestra red, incluyendo a través de nuestros servicios de pedidos por correo, para surtir sus recetas.
- Si usted es hospitalizado el día en que finaliza su membresía en Total Care Advantage, nuestro plan cubrirá su estancia hospitalaria hasta que reciba el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que usted sea dado de alta.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan

Estos son casos en los que debemos poner fin a su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción de su cobertura de Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- Si usted ya no califica para Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medi-Cal. Nota: si usted ya no califica para Medi-Cal, puede continuar temporalmente en nuestro plan con beneficios de Medicare; por favor, consulte la información más abajo sobre el periodo considerado.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - » Si usted se muda o hace un viaje largo, llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar donde usted se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si usted va a la cárcel o a prisión por un delito penal.
- Si miente sobre otro seguro que tenga para medicamentos con receta, o si oculta información sobre él.
- Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos o no está presente legalmente en los Estados Unidos.
  - » Usted debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
  - » Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si usted no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base.
  - » Si usted no cumple este requisito, debemos desinscribirlo.

Si usted pierde la elegibilidad para Medi-Cal, pero puede esperarse que la recupere en el plazo de cuatro meses, en ese caso usted sigue siendo elegible para nuestro plan. Total Care Advantage seguirá cubriendo sus beneficios de Medicare, Medi-Cal y medicamentos con receta durante cuatro meses desde la fecha en que pierda su elegibilidad para Medi-Cal. Si después de cuatro meses usted no recupera su elegibilidad, tenemos la obligación de desinscribirlo.

Podemos hacerle abandonar nuestro plan por los motivos siguientes, solo si obtenemos primero permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si usted nos da de forma intencionada información incorrecta cuando se está inscribiendo en nuestro plan y esa información afecta a su elegibilidad para nuestro plan.
- Si usted se comporta de forma continuada de una forma disruptiva y nos hace difícil brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si usted permite a otra persona usar su Tarjeta de ID de Miembro para obtener atención médica. (Es posible que Medicare pida al Inspector General que investigue su caso si ponemos fin a su membresía por este motivo.)

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

F. Reglas que impiden pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si piensa que estamos pidiéndole que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

G. Su derecho a presentar una queja si ponemos fin a su membresía en nuestro plan

Si ponemos fin a su membresía en nuestro plan, debemos decirle por escrito nuestros motivos para poner fin a su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de poner fin a su membresía. Puede también consultar el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* si desea información sobre cómo presentar una queja.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

H. Cómo obtener más información sobre finalizar su membresía en nuestro plan

Si tiene alguna pregunta o desearía más información sobre su membresía, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Este Capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Aviso sobre leyes....261

B. Aviso federal sobre no discriminación....262

C. Aviso de no discriminación para Medi-Cal 263

D. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso 264

E. Aviso sobre recuperación de caudal hereditario por parte de Medi-Cal 265

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

A. Aviso sobre leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este *Manual para Miembros*. Puede que estas leyes afecten a sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están ni incluidas o explicadas en este *Manual para Miembros*. Las leyes principales que se aplican son las leyes federales y estatales sobre los programas Medicare y Medi-Cal. Puede que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

B. Aviso federal sobre no discriminación

No discriminamos basándonos en raza, etnia, nacionalidad de origen, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir la legislación federal contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Asequible, todas las demás leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales, y cualesquiera otras leyes y reglas que se apliquen por cualquier motivo.

Si desea más información o tiene preocupaciones sobre discriminación o tratamiento injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-537-7697**. También puede visitar la página **www.hhs.gov/ocr** para obtener más información.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

C. Aviso de no discriminación para Medi-Cal

No lo discriminamos a usted, ni lo tratamos de forma diferente, debido a su raza, etnia, nacionalidad de origen, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, no discriminamos a las personas en forma contraria a la ley, ni las excluimos, ni las tratamos de forma diferente debido a sus antepasados, identificación con grupo étnico, identidad de género, estado civil o afección médica.

Si desea más información o tiene preocupaciones por discriminación o tratamiento injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud al **916-440-7370**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711** (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones). Si considera que ha sido discriminado y quiere presentar un reclamo por discriminación, contacte a:

Teléfono: **1-888-301-1228** (TTY: **711**)
Dirección: Total Care Advantage
Attn: Grievance and Appeals
711 E. Daily Drive, Suite 106
Camarillo, CA 93010
Sitio Web: **www.goldcoasthealthplan.org**

Si su reclamo es sobre discriminación en el programa Medi-Cal, también puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud, por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar u oír bien, por favor, llame al **711** (Servicio de Retrasmisión de Telecomunicaciones).
- 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

  Hay disponibles formularios de queja en la página **www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.

- Electrónicamente: Envíe un correo electrónico a **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de salud o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema de acceso con silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudar.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

D. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso

Hay veces que otros tienen que pagar primero por los servicios que nosotros le proporcionamos a usted. Por ejemplo, si usted se ve involucrado en un accidente de automóvil o sufre lesiones en el trabajo, el seguro o Compensación de los Trabajadores deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare por los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y regulaciones federales y estatales relativas a la responsabilidad legal de terceros por servicios de salud a miembros, y tomamos todas las medidas razonables para asegurar que Medi-Cal es el pagador de último recurso.

Los miembros de Medi-Cal deben utilizar toda su otra cobertura médica (OHC, por sus siglas en inglés) antes que Medi-Cal, cuando el mismo servicio está disponible dentro de su cobertura de salud, dado que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que, en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario de la OHC de Medicare, cubriendo los costos permisibles que no pague nuestro plan u otra OHC, hasta llegar a la cantidad de Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

E. Aviso sobre recuperación de caudal hereditario por parte de Medi-Cal

El programa Medi-Cal debe buscar el reembolso proveniente del caudal hereditario de ciertos miembros fallecidos por los beneficios de Medi-Cal recibidos el día que cumplen los 55 años o posteriormente. El reembolso incluye el pago por servicio (FFS, por sus siglas en inglés) y las primas de atención administrada/pagos de capitación por servicios en centros de enfermería, servicios domiciliarios y basados en la comunidad, y servicios hospitalarios y de medicamentos con receta relacionados que se recibieron cuando el miembro estuvo ingresado en un centro de enfermería o estaba recibiendo servicios domiciliarios y comunitarios. El reembolso no puede superar el valor del caudal hereditario del miembro.

Para más información, vaya al sitio web de recuperación de caudal hereditario del Departamento de Servicios de Salud, **www.dhcs.ca.gov/er** o llame al **916-650-0590**.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

CAPÍTULO 12

Definiciones de términos importantes

Introducción

Este Capítulo incluye términos clave utilizados a lo largo de todo este Manual para Miembros con sus definiciones. Los términos se presentan por orden alfabético. Si no encuentra el término que busca, o si necesita más información de la que incluye la definición, contacte al Departamento de Servicios para Miembros.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés): Las cosas que hacen las personas un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Apelación: Una forma que tiene usted de oponerse a nuestras actuaciones si piensa que hemos cometido un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión sobre cobertura presentando una apelación. El **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* explica las apelaciones incluyendo cómo presentarlas.

Área de servicio: Área geográfica en la que un plan de salud acepta a miembros si limita la membresía basándose en dónde vive la persona. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar usted, suele ser el área en la que puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo pueden inscribirse en nuestro plan las personas que viven en nuestra área de servicio.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Atención en centro de enfermería especializada (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se ofrecen de una forma continuada y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar una enfermera registrada o un médico.

Atención necesaria urgentemente: Atención que usted recibe para una enfermedad, lesión o afección que, sin ser una emergencia, necesita atención inmediatamente. Puede obtener atención necesaria urgentemente de proveedores no pertenecientes a la red cuando no puede llegar a ellos porque debido a las circunstancias, el momento o el lugar en que se encuentra, no es posible, o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando usted está fuera del área de servicio de nuestro plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección no visible pero que no es una emergencia médica).

Audiencia Estatal: Si su médico u otro proveedor pide un servicio de Medi-Cal que no queremos aprobar, o no queremos seguir pagando por un servicio de Medi-Cal que usted ya tiene, puede pedir una Audiencia Estatal. Si la Audiencia Estatal se decide a su favor, debemos darle el servicio que usted pidió.

Autorización Previa (PA, por sus siglas en inglés): Aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder recibir un servicio o medicamento específico, o utilizar un proveedor no perteneciente a la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento si usted no obtiene primero autorización.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos dentro de la red solo si su médico u otro proveedor de la red recibe PA de nosotros.

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene una PA de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* y las reglas se muestran en nuestro sitio web.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Ayuda Extra: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos de Medicare Parte D, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda Extra también se llama "Subsidio por Ingresos Bajos" o "LIS".

Ayudante de salud a domicilio: Persona que proporciona servicios que no necesitan las habilidades de un terapeuta o enfermera con licencia, como ayuda con cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los ayudantes de salud a domicilio no tienen licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Biosimilar: Medicamento biológico que es muy similar al producto biológico original, pero no es idéntico. Los biosimilares son igual de seguros y eficaces que el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original sin necesidad de una receta nueva. (Consulte "Biosimilar intercambiable").

Biosimilar Intercambiable: Biosimilar que puede sustituir en la farmacia sin necesidad de una receta nueva porque cumple requisitos adicionales relativos al potencial para sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que proporciona instrucción adicional para nuestros proveedores de salud que les ayuda a entender mejor el contexto, valores y creencias de usted, para adaptar los servicios para cubrir las necesidades sociales, culturales y lingüísticas de usted.

Categoría de parte del costo: Grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también conocida como la *Lista de Medicamentos*) está en una categoría de parte de costo. En general, los medicamentos genéricos tienen copagos más bajos que los medicamentos de marca.

Categorías de medicamentos: Grupos de medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos*. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* está en una categoría.

Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): Centro de enfermería con el personal y equipamiento para proporcionar cuidados de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios especializados de rehabilitación y otros servicios de salud relacionados.

Centro integral de rehabilitación de pacientes ambulatorios (CORF): Centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Proporciona diversos servicios, que incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno de la vivienda.

Centro quirúrgico ambulatorio: Centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidados hospitalarios y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Centro u hogar de enfermería: Centro que ofrece atención para personas que no pueden obtenerla en su casa, pero no es necesario que estén en el hospital.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): Agencia federal a cargo de Medicare. El **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* explica cómo contactar a los CMS.

Consejo de Apelaciones de Medicare (el "Consejo"): Consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Coordinador de atención: Persona principal única que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención, para asegurarse de que usted obtiene la atención que necesita.

Copago: Una cantidad fija que usted paga como su parte del costo cada vez que obtiene ciertos medicamentos. Por ejemplo, puede que usted pague $2 o $5 por un medicamento.

Decisión sobre cobertura: Decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos, o la cantidad que pagamos sobre sus servicios de salud. El **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* explica cómo pedirnos una decisión sobre cobertura.

Departamento de Servicios de Salud (DHCS, por sus siglas en inglés): Departamento del estado de California que administra el Programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Departamento de Servicios para Miembros: Departamento de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas acerca de membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Para más información sobre el Departamento de Servicios para Miembros, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros*.

Desafiliación: El proceso de poner fin a su membresía en nuestro plan. La desafiliación puede ser voluntaria (por propia elección de usted) o involuntaria (sin que sea elección de usted).

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decidimos si los servicios están cubiertos, o cuánto paga usted por servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman "decisiones sobre cobertura". El **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* explica las decisiones sobre cobertura.

D-SNP Integrado: Plan de necesidades especiales para personas doblemente elegibles que cubre los servicios de Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un único plan de salud, para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como Medicaid. A estas personas se las conoce como personas as doblemente elegibles para beneficios completos.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento medio de salud y medicina, piensa que tiene síntomas médicos que precisan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo, o la pérdida o afectación severa de una función corporal (y si usted es una mujer encinta, la pérdida del niño no nacido). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor severo o una afección médica que esté empeorando rápidamente.

Equipo de atención: Consulte "Equipo de Atención Interdisciplinar".

Equipo de Atención Interdisciplinar ("ICT" o "Equipo de atención"): El equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de salud a su disposición para ayudarle a obtener la atención que necesite. Su equipo de atención también le ayuda a elaborar un plan de atención.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): Ciertos artículos que ordena su médico para el uso en su propio hogar. Algunos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón con motor, suministros diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipo de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Especialista: Médico que trata ciertos tipos de problemas de salud. Por ejemplo, un cirujano ortopédico trata huesos rotos, un alergólogo trata alergias, y un cardiólogo trata problemas del corazón. En la mayoría de los casos, el miembro necesitará una remisión de su PCP para acudir a un especialista.

Etapa de cobertura catastrófica: La etapa del beneficio de medicamentos de Medicare Parte D en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de Parte D hasta el final del año. Usted comienza esta etapa cuando usted (u otras partes que califiquen en su nombre) han gastado $2,100 en medicamentos cubiertos de Parte D durante el año.

Etapa de cobertura inicial: La etapa anterior a que su total de gastos de medicamentos de Medicare Parte D lleguen a los $2,100. Esto incluye cantidades pagadas en nombre de usted, lo que nuestro plan pagó en su nombre, y el subsidio por ingresos bajos. Usted comienza esta etapa cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, nosotros pagamos parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte.

Evaluación de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés): Revisión de su historial médico y situación actual. Se usa para informarse sobre su salud y cómo puede cambiar en el futuro.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para utilizar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Facturación impropia/inapropiada: Situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura a usted por servicios más de nuestra cantidad de costo compartido. Si recibe alguna factura que no entiende, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Como miembro del plan, usted solo paga las cantidades de parte del costo de nuestro plan cuando obtiene los medicamentos que cubrimos. Nosotros **no** permitimos a los proveedores que le cobren más de esta cantidad.

Farmacia de la red: Farmacia que ha aceptado surtir recetas para miembros de nuestro plan. Las llamamos "farmacias de la red" porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, solo cubrimos sus recetas cuando se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia especializada: Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para saber más acerca de farmacias especializadas.

Farmacia no perteneciente a la red: Farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias no pertenecientes a la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de su bolsillo: El requisito de parte de costo de que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que obtienen también se llama el requisito de gastos "de su bolsillo". Consulte más adelante la definición de "parte del costo".

Herramienta de Beneficios en Tiempo Real: Portal o aplicación de computadora donde las personas inscritas pueden consultar información sobre medicamentos cubiertos y beneficios completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada y específica para la persona inscrita. Esto incluye cantidades de parte de costo, medicamentos alternativos que pueden utilizarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia por paso, límites de cantidad) que aplican a medicamentos alternativos.

Hospicio: Programa de cuidados y apoyo para ayudar a personas que tienen un pronóstico terminal a vivir con comodidad. "Pronóstico terminal" significa que se ha certificado médicamente que la persona está enferma terminal, esto es, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Una persona inscrita que tenga un pronóstico terminal tiene derecho a elegir hospicio.
- Un equipo con capacitación especial formado por profesionales y cuidadores brinda cuidados integrales a la persona, que incluyen necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Tenemos obligación de proporcionarle una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

Información de salud personal (también llamada Información de salud protegida) (PHI, por sus siglas en inglés): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número del seguro social, visitas al médico e historial médico. Consulte en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad más información sobre la forma en que protegemos, utilizamos y revelamos su PHI, así como sus derechos respecto de su PHI.

Ingreso del Seguro Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés): Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años de edad o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Juez de derecho administrativo: Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) es un juez que juzga y decide casos que afectan a agencias gubernamentales. Un juez que revisa una apelación de nivel 3.

Límites de cantidad: Límite de la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Puede que limitemos la cantidad del medicamento que cubrimos por cada receta.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): Lista de medicamentos con receta y de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) que cubrimos. Escogemos los medicamentos de la lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* le dice si hay alguna regla que usted debe cumplir para obtener sus medicamentos. La *Lista de Medicamentos* a veces se llama un "formulario".

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Manejo de Terapia con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés): Programa de Medicare Parte D para necesidades complejas de salud, que se proporciona a personas que cumplen ciertos requisitos o grupo dentro de un Programa de Manejo de Medicamentos. Los servicios de MTM normalmente incluyen una discusión con un farmacéutico o proveedor de salud para revisar los medicamentos. Para más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.

***Manual para Miembros* e Información sobre Divulgación:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualesquiera otros anexos o añadidos, que explica su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Medi-Cal: Este es el nombre del programa de Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y lo pagan el estado y el gobierno federal.

- Ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar por servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos.
- Cubre servicios extra y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.

Medicaid (o Asistencia Médica): Programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos. Medi-Cal es el programa de Medicaid para el Estado de California.

- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero están cubiertos la mayoría de costos de atención de salud si usted califica tanto para Medicare como para Medi-Cal.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. Dentro de Medicare Original, los servicios están cubiertos pagando a médicos, hospitales y otros proveedores de salud las cantidades que determina el Congreso.

- Puede utilizar cualquier médico, hospital, o proveedor de salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Medicare Parte A (seguro de hospital) y Medicare Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede escoger Medicare Original.

Médicamente necesario: "Médicamente necesario" o "necesidad médica" se refieren a servicios razonables y necesarios para proteger la vida, para evitar enfermedades significativas o discapacidades significativas, o para aliviar un dolor severo mediante el diagnóstico o tratamiento de enfermedades, afecciones o lesiones, según exigen la Sección 14059.5(a) del Código de Bienestar e Instituciones y la Sección 51303(a) del Título 22 del CCR.

Medicamento de marca: Medicamento elaborado y vendido por la compañía que elaboró originalmente el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos normalmente son elaborados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y por lo general no están disponibles hasta que ha finalizado la patente sobre el medicamento de marca.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Medicamento genérico: Medicamento aprobado por la FDA para su uso en lugar de un medicamento de marca. El medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que el medicamento de marca. Suele ser más barato y funciona igual de bien que el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: El término que utilizamos para designar todos los medicamentos con receta y de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) que cubre nuestro plan.

Medicamentos de Medicare Parte D: Medicamentos cubiertos dentro de Medicare Parte D. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de su cobertura dentro de Medicare Parte D. Puede que algunos de esos medicamentos los cubra Medicaid.

Medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés): Los medicamentos de venta libre son medicamentos que puede comprar una persona sin una receta de un profesional de cuidados de salud.

Medicare: El programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas de menos de 65 años con ciertas discapacidades, y personas que tienen una enfermedad renal en fase terminal (por lo general, con insuficiencia renal permanente que requiere de diálisis o de un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o un plan de atención administrada (consulte "Plan de salud").

Medicare Advantage: Programa de Medicare, también conocido como "Medicare Parte C" o "MA", que ofrece planes de MA a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Medicare Parte A: Programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios médicamente necesarios de hospital, centro de enfermería especializada, salud a domicilio y atención en hospicio.

Medicare Parte B: Programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y de evaluación.

Medicare Parte C: Programa de Medicare, también conocido como "Medicare Advantage" o "MA", que permite a las compañías de seguros privadas proporcionar beneficios de Medicare a través de un Plan de MA.

Medicare Parte D: El programa de beneficios de medicamentos de Medicare, al que llamamos de forma abreviada "Parte D". Medicare Parte D cubre medicamentos ambulatorios, vacunas y algunos suministros no cubiertos por Medicare Parte A ni Medicare Parte B ni Medicaid. Nuestro plan incluye Medicare Parte D.

Miembro (miembro de nuestro plan, o miembro del plan): Persona con Medicare y Medi-Cal que califica para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Ombudsman: Oficina en su estado que funciona como defensor en nombre de usted. Puede responder a preguntas si tiene un problema o una queja, y puede ayudarle a entender qué hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual para Miembros*.

Organización de Mejora de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés): Un grupo de médicos y otros expertos en atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de atención para las personas que tienen Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para que compruebe y mejore la atención que se proporciona a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para obtener información sobre la QIO.

Organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés): Organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está conectada con nosotros, y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. Su nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Paciente hospitalizado: Término que se utiliza cuando usted ingresa formalmente en un hospital para servicios médicos especializados. Si usted formalmente no ha ingresado, puede que siga considerándosele un paciente ambulatorio, incluso si usted pasa la noche.

Parte A: Consulte "Medicare Parte A."

Parte B: Consulte "Medicare Parte B."

Parte C: Consulte Medicare Parte C."

Parte D: Consulte Medicare Parte D."

Parte del Costo: Cantidades que usted tiene que pagar cuando obtiene ciertos medicamentos con receta. La parte del costo incluye los copagos.

Persona Inscrita en Medicare-Medi-Cal: Persona que califica para cobertura de Medicare y Medicaid. Las personas inscritas en Medicare-Medicaid también se les llama "personas doblemente elegibles".

Plan de atención: Consulte "Plan de Atención Individualizada."

Plan de Atención Individualizada (ICP o Plan de Atención): Plan de los servicios que usted recibirá y la forma en que los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyos a largo plazo.

Plan de necesidades especiales para personas doblemente elegibles (D-SNP): Plan de salud que sirve a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Plan de salud: Organización formada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de atención para ayudar a manejar a todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionar la atención que usted necesita.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Plan Medi-Medi: Un Plan Medi-Medi es un tipo de plan de Medicare Advantage, para personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal, y que combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los Planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de los dos programas, incluyendo todos los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal.

Planes de Medi-Cal: Planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyos a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son independientes.

Porcentaje diario de parte de costo: Porcentaje que puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes para ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. El porcentaje diario de parte de costo es el copago dividido por el número de días en el suministro para un mes.

Este es un ejemplo: Digamos que el copago para su medicamento para el suministro de un mes entero (un suministro para 30 días) es de $1.35. Esto significa que la cantidad que usted paga por su medicamento es menos de $0.05 diarios. Si usted obtiene un suministro del medicamento para 7 días, su pago es menos de $0.05 diarios multiplicado por 7 días, para un pago total de menos de $0.35.

Producto Biológico: Medicamento hecho de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levadura. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse con exactitud; por eso las formas alternativas se llaman biosimilares. (Consulte también "Producto Biológico Original" y "Biosimilar").

Producto Biológico Original: Producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para que los fabricantes elaboren una versión biosimilar. También se llama un producto de referencia.

Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP): Programa que proporciona información y consejería gratuita y objetiva sobre Medicare. El **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* explica cómo contactar a HICAP.

Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés): Programa que ayuda a personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que les salvan la vida.

Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés): Programa que cubre beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas de 55 años o más que necesitan un nivel más alto de atención para vivir en casa.

Programa de manejo de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés): Programa que ayuda a asegurarse que los miembros utilizan de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos de los que es frecuente que se abuse.

Programa de Pedidos por Correo: Puede que algunos planes ofrezcan un programa de pedidos por correo que le permite hacer que envíen directamente a su domicilio un suministro de hasta 3 meses de sus medicamentos con receta cubiertos. Esta puede ser una forma cómoda y efectiva en cuanto a costo de surtir recetas que usted toma regularmente.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés): Programa estructurado de cambio en comportamientos de salud que ofrece capacitación sobre cambios dietéticos a largo plazo, aumento de actividad física y estrategias para superar las dificultades para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida sano.

Prótesis y Ortopedia: Dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de salud que incluyen, sin limitarse a ellos, refuerzos para brazos, espalda y cuello, miembros artificiales, ojos artificiales; y dispositivos necesarios para sustituir una función o parte interna del cuerpo, incluyendo suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés): El médico u otro proveedor que usted usa primero para la mayoría de los problemas de salud, y que se asegura de que usted recibe la atención que necesita para mantenerse sano.

- También puede que hable con otros médicos y proveedores de salud sobre su atención, y lo remita a usted a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe utilizar primero a su proveedor de atención primaria antes de poder acudir a cualquier otro proveedor de salud.
- Si desea información sobre cómo obtener atención de proveedores de atención primaria, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros*.

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general que utilizamos para médicos, enfermeras y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de salud a domicilio, clínicas y otros lugares que le proporcionan servicios de salud, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo.

- Tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de salud.
- Los llamamos "proveedores de la red" cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran una cantidad extra a los miembros.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se llaman "proveedores del plan".

Proveedor no perteneciente a la red o Centro no perteneciente a la red: Proveedor o centro que no está empleado, ni es de propiedad, ni lo opera nuestro plan y no tiene contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El Capítulo 3 de este Manual para Miembros explica los proveedores o centros no pertenecientes a la red.

Queja: Expresión escriba o verbal en la que se afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar un reclamo".

Reclamo: Una queja que usted presenta sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio brindado por su plan de salud.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP) al **1-888-301-1228** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Si desea más información, visite la página **www.goldcoasthealthplan.org**.

Remisión: Una remisión es la aprobación nuestra o de su proveedor de atención primaria (PCP) para utilizar un proveedor distinto de su PCP. Si usted no obtiene primero autorización, puede que no cubramos los servicios. Usted no necesita remisión para utilizar ciertos especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre remisiones en los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Miembros*.

Salud del Comportamiento: Se refiere a nuestro bienestar emocional, psicológico y mental. Dicho de forma más sencilla: se trata de cómo pensamos, nos sentimos e interactuamos con los demás. Es un término general que se refiere a la salud mental y al trastorno por consumo de sustancias.

Servicios cubiertos: Término general que utilizamos para designar toda la atención de salud, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos con receta y de venta libre, equipo y demás servicios que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B.

Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS, por sus siglas en inglés): El Programa de IHSS ayudará a pagar a proveedores de atención inscritos por servicios que se le proporcionen a usted para que pueda permanecer en su propio hogar de forma segura. Los IHSS son una alternativa a los cuidados fuera del hogar, como centros de enfermería o centros con alojamiento y cuidados. Para recibir servicios, se realiza una evaluación para determinar qué tipos de servicios pueden autorizarse para cada participante, basándose en sus necesidades. Los tipos de servicios que pueden autorizarse a través de IHSS son limpieza doméstica, preparación de comidas, lavandería, compra de alimentos, servicios de cuidado personal (como cuidado intestinal o vesical, baño, arreglo personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para las personas con afectaciones mentales. Los IHSS los administran las agencias de servicios sociales del condado.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que usted obtiene para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros* para saber más acerca de servicios de rehabilitación.

Servicios excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS, por sus siglas en inglés): Programa de servicios ambulatorio, basado en centros, que ofrece cuidados de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacionales y del habla, cuidados personales, capacitación y apoyo para familias/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a miembros elegibles que cumplan los criterios de elegibilidad aplicables.

Servicios preventivos: Atención de salud para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa inicial, cuando es probable que funcione mejor el tratamiento (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen las pruebas de Papanicolau, vacunas contra la gripe y mamografías de evaluación).

Servicios sensibles: Servicios relacionados con salud mental o del comportamiento, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, agresiones sexuales y abortos, trastornos por consumo de sustancias, atención para la afirmación del género y violencia de pareja.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés): Los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar las afecciones médicas a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para no tener que ir a un centro de enfermería u hospital. Los LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen Servicios para Adultos basados en la Comunidad (CBAS), también conocidos como cuidados de salud de día de adultos, Centros de Enfermería (NF) y Apoyos Comunitarios. Los programas de exenciones IHSS y 1915(c) son LTSS de Medi-Cal que se proporcionan fuera de nuestro plan.

Subsidio por ingresos bajos (LIS): Consulte "Ayuda Extra"

Departamento de Servicios para Miembros de Gold Coast Health Plan Total Care Advantage (HMO D-SNP)

POR TELÉFONO	**1-888-301-1228** Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre de 31 de marzo y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérpretes de lenguas para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. De. 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	**1-888-310-3660**
POR CORREO	Total Care Advantage 711 E. Daily Drive Suite 106 Camarillo, CA 93010-6082 Correo electrónico: **memberaccess@goldchp.org**
SITIO WEB	**www.goldcoasthealthplan.org**

GOLD COAST HEALTH PLAN
TOTAL Care
ADVANTAGE℠

© 2026 Gold Coast Health Plan. Todos los derechos reservados.