



L.A. Care Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan), ofrecido por L.A. Care Health Plan Notificación anual de cambios para 2018

Actualmente está inscrito como miembro de L.A. Care Cal MediConnect Plan. El próximo año habrá algunos cambios en los beneficios, la cobertura y los costos del plan. Esta *Notificación anual de cambios* le informa sobre los cambios.

Recursos adicionales

- If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-522-1298** (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free.
- Si usted habla español, los servicios de asistencia con el idioma estarán disponibles para usted sin costo. Llame al **1-888-522-1298** (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
- 如果您說中文，您可免費獲得語言協助服務。請致電 **1-888-522-1298** (TTY: 711)，服務時間為每週7天，每天24小時（包含假日）。這是免費電話。
- Nếu quý vị nói tiếng Việt, hiện có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi **1-888-522-1298** (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Cuộc gọi này miễn phí.
- 한국어를 사용하실 경우 언어지원서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 주 7일, 하루 24시간 (공휴일 포함) 동안 이용 가능한 **1-888-522-1298** (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.
- Եթե խոսում եք հայերեն, լեզվական աջակցության ծառայությունները հասանելի են Ձեր անվճար: Ձանգահարեք **1-888-522-1298** հեռախոսահամարով (TTY: 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոնական օրերը: Հեռախոսազանգն անվճար է:
- إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية، متوفرة لك، مجاناً. اتصل على **1-888-522-1298** (TTY: 711) 24 ساعة في اليوم و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. هذه المكالمات مجانية.
- Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните по телефону **1-888-522-1298** (TTY: 711), круглосуточно, без выходных, включая праздничные дни. Звонок бесплатный.
- 日本語のサービスを無料でご利用いただけます。1-888-522-1298 (TTY: 711) までお電話ください。このサービスは年中無休(祝祭日を含む)でご利用いただけます。通話料は無料です。
- اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک در زمینه زبان بطور رایگان در اختیار شما قرار دارد. می توانید در تمام 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، حتی روزهای تعطیل با **1-888-522-1298** (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس رایگان می باشد.



Si tiene alguna pregunta, llame a L.A. Care Cal MediConnect Plan al **1-888-522-1298** (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.calmediconnectla.org.

- अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं, आपके लिए उपलब्ध हैं। अवकाश के दिनों समेत, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के 7 दिन 1-888-522-1298 (TTY: 711) पर कॉल करें। कॉल निःशुल्क है।
- បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយខាងភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-888-522-1298** (TTY: 711) បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅគឺឥតចេញថ្លៃឡើយ។
- Kungnagsasalitakang Tagalog, magagamit mo ang mgaserbisyong tulong sawikanang walang bayad. Tumawag sa 1-888-522-1298 (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kabilang ang mga piyesta opisyal. Libre ang pagtawag.
- หากท่านพูดภาษาไทย เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรศัพท์ที่ หมายเลข 1-888-522-1298 (TTY: 711) ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุด
- ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ. ໂທ 1-888-522-1298 (TTY: 711), ໄດ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ລວມເຖິງ ວັນພັກຕ່າງໆ. ເບີໂທຮີມີແມ່ນບໍ່ເສັຍຄ່າ.
- Yog koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, hu rau 1-888-522-1298 (TTY: 711), 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib asthiv, suav nrog cov hnuv so tib si. Qhov hu no yog hu dawb xwb.
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਛੁੱਟੀ ਵਾਲੇ ਦਿਨਾਂ ਸਮੇਤ 24 ਘੰਟੇ, 7 ਦਿਨ 1-888-522-1298 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੈ।
- Puede obtener esta *Notificación anual de cambios* en forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al **1-888-522-1298** (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
- Si desea recibir los materiales, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea español o en un formato alternativo, llame a Servicios para los Miembros al **1-888-522-1298** (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.

Acerca de L.A. Care Cal MediConnect Plan

- L.A. Care Health Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para brindar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- La cobertura de L.A. Care Cal MediConnect Plan califica como cobertura esencial mínima (*minimum essential coverage*, MEC). Cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (*Patient Protection and Affordable Care Act*, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (*Internal Revenue Service*, IRS) en **<http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>** para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida para la MEC.



Si tiene alguna pregunta, llame a L.A. Care Cal MediConnect Plan al **1-888-522-1298** (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.calmediconnectla.org**.

- L.A. Care Cal MediConnect Plan es ofrecido por L.A. Care Health Plan. Cuando esta *Notificación anual de cambios* dice “nosotros” o “nuestro”, significa L.A. Care Health Plan. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, significa L.A. Care Cal MediConnect Plan.

Avisos legales

Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Para obtener más información, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care Cal MediConnect Plan o lea el *Manual para Miembros* de L.A. Care Cal MediConnect Plan. Esto significa que usted tal vez tenga que pagar por algunos servicios y seguir ciertas reglas para que L.A. Care Cal MediConnect Plan pague por sus servicios.

La Lista de medicamentos cubiertos o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos una notificación antes de hacer algún cambio que le afecte.

Los beneficios y los copagos pueden cambiar el 1.º de enero de cada año.

Los copagos de los medicamentos recetados pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Esta no es una lista exhaustiva. La información sobre los beneficios es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan o lea el *Manual para Miembros*.

La Lista de medicamentos cubiertos o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos una notificación antes de hacer algún cambio que le afecte.



Índice

A. Piense en su cobertura de Medicare y Medi-Cal del próximo año.....	5
B. Cambios en la red de proveedores y farmacias	6
C. Cambios en los beneficios y los costos del próximo año	6
Cambios en los beneficios para servicios médicos	6
Cambios en la cobertura de medicamentos recetados	7
Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”	8
Etapa 2: “Etapa de cobertura de gastos excedentes”	9
D. Cambios administrativos.....	10
E. Cómo decidir qué plan elegir	10
Si desea permanecer en L.A. Care Cal MediConnect Plan	10
Si desea cambiar a otro plan de Cal MediConnect	10
Si desea dejar el programa Cal MediConnect	10
F. Cómo obtener ayuda	12
Cómo obtener ayuda de L.A. Care Cal MediConnect Plan	12
Cómo obtener ayuda del agente estatal de inscripciones	12
Cómo obtener ayuda del Programa Cal MediConnect Ombuds	13
Cómo obtener ayuda del Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud	13
Cómo obtener ayuda de Medicare	13
Cómo obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California	14



Si tiene alguna pregunta, llame a L.A. Care Cal MediConnect Plan al **1-888-522-1298** (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.calmediconnectla.org.

A. Piense en su cobertura de Medicare y Medi-Cal del próximo año

Es importante que revise su cobertura ahora, para asegurarse de que seguirá cubriendo sus necesidades el próximo año. Si no cubre sus necesidades, puede abandonar el plan en cualquier momento. Si decide abandonar L.A. Care Cal MediConnect Plan, su membresía terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud.

Si abandona el plan, igual continuará siendo miembro de los programas Medicare y Medi-Cal, siempre que sea elegible.

- Tendrá opciones sobre cómo recibir sus beneficios de Medicare (consulte la página 10 para ver sus opciones).
- Recibirá sus beneficios de Medi-Cal a través de un plan de atención médica administrada de Medi-Cal elegido por usted (consulte la página 12 para obtener más información).

Cosas importantes que debe hacer:

- Revise si hay cambios en nuestros beneficios y costos que podrían afectarle.** ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que usa? Es importante que revise los cambios en los beneficios y los costos, para asegurarse de que satisfagan sus necesidades el próximo año. Consulte la **Sección C** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.
- Revise si hay cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados que podrían afectarle.** ¿Sus medicamentos estarán cubiertos? ¿Están en un nivel de costos compartidos diferente? ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? Es importante que revise los cambios, para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos satisfaga sus necesidades el próximo año. Consulte la **Sección C** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Revise si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.** ¿Sus médicos están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que usa? Consulte la **Sección B** para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- Piense en sus costos generales del plan.** ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente? ¿Cuáles son los costos totales en comparación con otras opciones de cobertura?
- Piense si está satisfecho o no con nuestro plan.**

Si decide permanecer en L.A. Care Cal MediConnect Plan:

Si desea quedarse con nosotros el próximo año, es fácil: no necesita hacer nada. Si usted no hace un cambio, automáticamente permanecerá inscrito en nuestro plan.

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura se adaptará mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan en cualquier momento. Si se inscribe en un plan nuevo, su nueva cobertura iniciará el primer día del mes siguiente. Consulte la Sección E, página 10, para obtener más información sobre sus opciones.



Si tiene alguna pregunta, llame a L.A. Care Cal MediConnect Plan al **1-888-522-1298** (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.calmedicconnectla.org.

B. Cambios en la red de proveedores y farmacias

Nuestra red de proveedores y farmacias ha cambiado para el año 2018.

Le sugerimos enfáticamente que revise nuestro Directorio de proveedores y farmacias actual para ver si sus proveedores o su farmacia siguen perteneciendo a nuestra red. Puede encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en www.calmediconnectla.org. También puede llamar a Servicios para los Miembros al **1-888-522-1298** (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos, para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

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

C. Cambios en los beneficios y los costos del próximo año

Cambios en los beneficios para servicios médicos

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

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Transporte no médico	<p>Usted paga un copago de \$0 por el transporte no médico.</p> <p><i>Este beneficio permite el traslado para recibir servicios médicos en un vehículo de pasajeros, un taxi u otros medios de transporte público/privado.</i></p> <p><i>Tendrá acceso a 40 viajes en total por año.</i></p> <p><i>Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia.</i></p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por el transporte no médico.</p> <p><i>Este beneficio permite el traslado para recibir servicios médicos en un vehículo de pasajeros, un taxi u otros medios de transporte público/privado.</i></p> <p><i>Usted podrá acceder a una cantidad ilimitada de viajes de ida y vuelta por año.</i></p> <p><i>Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia.</i></p>
Beneficio de la vista: Anteojos	<p>Usted paga un copago de \$0 por anteojos de un valor de hasta \$175 (marcos y lentes) o hasta \$175 por lentes de contacto cada dos años.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por anteojos de un valor de hasta \$200 (marcos y lentes) o hasta \$200 por lentes de contacto cada dos años.</p>
Cobertura internacional	<p>La cobertura internacional no está cubierta.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de atención médica de emergencia y de urgencia recibidos en cualquier lugar del mundo, hasta un límite de \$10,000 en total por año calendario.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a L.A. Care Cal MediConnect Plan al **1-888-522-1298** (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.calmediconnectla.org.

Cambios en la cobertura de medicamentos recetados

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Le enviamos una copia de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* de 2018 en este sobre.

La *Lista de medicamentos cubiertos* también se denomina “Lista de medicamentos”.

Realizamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que incluyen cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones de nuestra cobertura para ciertos medicamentos.

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

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos hacer lo siguiente:

- **Consultar a su médico (u otro profesional que le recete medicamentos) para buscar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Servicios para los Miembros al **1-888-522-1298** (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, incluso los días festivos, para pedir una lista de medicamentos cubiertos que se usen para tratar la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser adecuado para usted.
- **Pedirle al plan que cubra un suministro temporal** del medicamento. En algunas situaciones, cubriremos por única vez un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario. Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y sobre cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5 del *Manual para Miembros*). Al recibir un suministro temporal de un medicamento, debería hablar con su médico para decidir lo que harán cuando se termine el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción y que cubra su medicamento actual.
- Las excepciones al formulario se otorgan por un período de 12 meses. Consulte su notificación de aprobación de excepción al formulario para ver la fecha de vencimiento específica.
- Si su aprobación está por vencer y desea solicitar una extensión, tendría que presentar nuevamente una solicitud de excepción al formulario.



Cambios en los costos de medicamentos recetados

Hay dos etapas de pago de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en virtud de L.A. Care Cal MediConnect Plan. Lo que usted paga depende de la etapa en que se encuentre al surtir una receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1 <i>Etapa de cobertura inicial</i>	Etapa 2 <i>Etapa de cobertura de gastos excedentes</i>
Durante esta etapa, el plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. Se inicia en esta etapa cuando surte su primera receta del año.	Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2018. Usted comienza esta etapa cuando ha pagado una cierta cantidad de costos de bolsillo.

Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel de costos compartidos en que se encuentre el medicamento y del lugar donde lo surta. Usted pagará un copago cada vez que surta una receta. Si el costo de su medicamento cubierto está por debajo del copago, usted pagará el precio más bajo.

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

La tabla incluida a continuación muestra sus costos por los medicamentos en cada uno de nuestros cuatro (4) niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican solo durante el tiempo en que usted se encuentre en la Etapa de cobertura inicial.



Si tiene alguna pregunta, llame a L.A. Care Cal MediConnect Plan al **1-888-522-1298** (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.calmediconnectla.org.

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Medicamentos del Nivel 1 (Medicamentos genéricos) Costo por un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 1 surtido en una farmacia de la red	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de \$0 por receta.	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de \$0 por receta.
Medicamentos del Nivel 2 (Medicamentos de marca) Costo por un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 2 surtido en una farmacia de la red	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de \$0 - \$8.25 por receta.	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de \$0 - \$8.35 por receta.
Medicamentos del Nivel 3 (Medicamentos recetados fuera de Medicare) Costo por un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 3 surtido en una farmacia de la red	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de \$0 por receta.	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de \$0 por receta.
Medicamentos del Nivel 4 (Medicamentos de venta libre fuera de Medicare) Costo por un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 4 surtido en una farmacia de la red	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de \$0 por receta.	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de \$0 por receta.

La Etapa de cobertura inicial termina cuando su total de costos de bolsillo llega a \$5,000.00. En ese momento comienza la Etapa de cobertura de gastos excedentes. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos a partir de entonces y hasta que finalice el año.

Etapa 2: “Etapa de cobertura de gastos excedentes”

Cuando llega al límite de gastos de bolsillo por sus medicamentos recetados, comienza la Etapa de cobertura gastos excedentes. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura de gastos excedentes hasta el final del año calendario.



Si tiene alguna pregunta, llame a L.A. Care Cal MediConnect Plan al **1-888-522-1298 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.calmediconnectla.org**.

D. Cambios administrativos

Los cambios detallados en la tabla incluida a continuación no afectan los servicios que usted puede recibir ni la cantidad que debe pagar por dichos servicios.

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Servicios de Asistencia en el Hogar (<i>In-Home Supportive Services, IHSS</i>)	Si reúne los requisitos para recibir IHSS, L.A. Care Cal MediConnect Plan pagará y coordinará sus IHSS, según lo autorice el Departamento de Servicios Sociales del condado, para que usted pueda permanecer en su hogar de manera segura. Usted paga \$0, a menos que tenga que abonar un costo compartido de Medi-Cal.	Si reúne los requisitos para recibir IHSS, el Departamento de Servicios Sociales del condado autorizará y pagará sus IHSS para que usted pueda permanecer en su hogar de manera segura. Usted paga \$0, a menos que tenga que abonar un costo compartido de Medi-Cal. L.A. Care Cal MediConnect Plan le ayudará a coordinar y administrar los servicios relacionados con sus IHSS.

E. Cómo decidir qué plan elegir

Si desea permanecer en L.A. Care Cal MediConnect Plan

Esperamos tenerle como miembro el próximo año.

No necesita hacer nada para permanecer en nuestro plan. Si no se inscribe en otro plan de Cal MediConnect, si no se cambia a un Plan Medicare Advantage ni se cambia a Original Medicare, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan para 2018.

Si desea cambiar a otro plan de Cal MediConnect

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos a través de un solo plan, puede inscribirse en otro plan de Cal MediConnect.

Para inscribirse en otro plan de Cal MediConnect, llame a Opciones de Atención Médica (*Health Care Options*) al **1-844-580-7272**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deben llamar al **1-800-430-7077**.

Si desea dejar el programa Cal MediConnect

Si no desea inscribirse en otro plan de Cal MediConnect después de abandonar L.A. Care Cal MediConnect Plan, volverá a recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.

Cómo obtendrá los servicios de Medicare

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



Si tiene alguna pregunta, llame a L.A. Care Cal MediConnect Plan al **1-888-522-1298** (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.calmediconnectla.org.

Puede cambiar a:	Esto es lo que debe hacer:
<p>1. Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o, si cumple con los requisitos de elegibilidad, Programas de Cobertura Médica Total para Personas de la Tercera Edad (<i>Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE</i>).</p>	<p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare solamente.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (<i>Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP</i>) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Su membresía en L.A. Care Cal MediConnect Plan se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura del plan nuevo.</p>
<p>2. Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.</p>	<p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Defensa y Asesoramiento 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 obtener más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Su membresía en L.A. Care Cal MediConnect Plan se cancelará automáticamente cuando empiece su cobertura de Original Medicare.</p>
<p>3. Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.</p> <p>NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no desea inscribirse. Debe dejar la cobertura de medicamentos recetados solamente si obtiene cobertura de medicamentos de un empleador, sindicato u otra fuente. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Defensa y Asesoramiento 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 obtener más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>	<p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Defensa y Asesoramiento 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 obtener más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Su membresía en L.A. Care Cal MediConnect Plan se cancelará automáticamente cuando empiece su cobertura de Original Medicare.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a L.A. Care Cal MediConnect Plan al **1-888-522-1298 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.calmediconnectla.org.

Cómo obtendrá los servicios de Medi-Cal

Si deja nuestro plan Cal MediConnect, se le inscribirá en un plan de atención médica administrada de Medi-Cal elegido por usted. Sus servicios de Medi-Cal incluyen la mayoría de los servicios y recursos de apoyo a largo plazo y la atención para trastornos de la conducta.

Cuando solicite terminar su membresía en nuestro plan Cal MediConnect, necesitará informar a Opciones de Atención Médica en qué plan de atención médica administrada de Medi-Cal desea inscribirse. Puede llamar a Opciones de Atención Médica al **1-844-580-7272**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deben llamar al **1-800-430-7077**.

F. Cómo obtener ayuda

Cómo obtener ayuda de L.A. Care Cal MediConnect Plan

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para los Miembros al **1-888-522-1298** (para TTY solamente, llame al **711**). Atendemos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

Lea su Manual para Miembros de 2018

El *Manual para Miembros de 2018* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Incluye detalles sobre los beneficios y los costos para el próximo año. Explica sus derechos y las reglas que usted debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados.

Le enviaremos una copia del *Manual para Miembros de 2018* antes del 31 de diciembre. Además, siempre hay disponible una copia actualizada del *Manual para Miembros de 2018* en nuestro sitio web en **www.calmedicconnectla.org**. También puede llamar a Servicios para los Miembros al **1-888-522-1298** (para TTY solamente, llame al **711**) para pedirnos que le enviemos por correo un *Manual para Miembros de 2018*. Atendemos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en **www.calmedicconnectla.org**. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra Lista de medicamentos (*Lista de medicamentos cubiertos*).

Cómo obtener ayuda del agente estatal de inscripciones

El agente estatal de inscripciones, Opciones de Atención Médica, puede ayudarle a inscribirse en un plan de salud de Cal MediConnect. También puede ayudarle a cancelar su membresía en el plan de salud de Cal MediConnect si lo desea. Puede llamar a Opciones de Atención Médica al **1-844-580-7272**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deben llamar al **1-800-430-7077**.



Si tiene alguna pregunta, llame a L.A. Care Cal MediConnect Plan al **1-888-522-1298** (TTY: **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.calmedicconnectla.org**.

Cómo obtener ayuda del Programa Cal MediConnect Ombuds

El Programa Cal MediConnect Ombuds puede ayudarle si tiene un problema con L.A. Care Cal MediConnect Plan. El Programa Cal MediConnect Ombuds no tiene ninguna conexión con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. El número de teléfono del Programa Cal MediConnect Ombuds es **1-855-501-3077**. Los servicios son gratuitos.

Cómo obtener ayuda del Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud

También puede llamar al Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (HICAP). Los asesores del HICAP pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Cal MediConnect y responder sus preguntas relacionadas con los cambios de plan. El HICAP no tiene ninguna conexión con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es **1-800-434-0222**. Para obtener más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente a través de Medicare:

Llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deben llamar al **1-877-486-2048**.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). Si decide cancelar su membresía en el plan de Cal MediConnect e inscribirse en un plan Medicare Advantage, el sitio web de Medicare tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes Medicare Advantage. También puede encontrar información sobre los planes Medicare Advantage disponibles en su área usando la herramienta Medicare Plan Finder en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, vaya a <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”).

Lea *Medicare y usted de 2018*

Puede leer el manual *Medicare y usted de 2018*. Cada otoño, este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deben llamar al **1-877-486-2048**.



Si tiene alguna pregunta, llame a L.A. Care Cal MediConnect Plan al **1-888-522-1298 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.calmediconnectla.org.

Cómo obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada (*Department of Managed Health Care*) de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-888-522-1298** (TTY: **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos, y usar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar este proceso de quejas no le impedirá ejercer ningún derecho o recurso legal que pueda llegar a corresponderle.

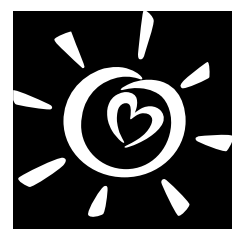
Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no resolvió de manera satisfactoria o una queja que ha quedado sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al Departamento para solicitar asistencia.

Además, es posible que sea elegible para solicitar una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review*, IMR). De ser así, con el proceso de la IMR se llevará a cabo una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o están en investigación, y los conflictos relacionados con pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia.

El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades de audición o del habla. El sitio web en Internet del Departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, tiene formularios para presentar una queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.



Si tiene alguna pregunta, llame a L.A. Care Cal MediConnect Plan al **1-888-522-1298** (TTY: **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.calmediconnectla.org.



L.A. Care
HEALTH PLAN®

For a Healthy Life