



**L.A. Care Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan),
ofrecido por L.A. Care Health Plan**

Notificación anual de cambios para 2019

Introducción

Actualmente está inscrito como miembro de L.A. Care Cal MediConnect Plan. El próximo año habrá algunos cambios en los beneficios, las reglas y los costos del plan. Esta *Notificación anual de cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información acerca de ellos. Los términos más importantes y sus definiciones figuran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para Miembros*.



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**.

Índice

A. Avisos legales	3
B. Revise su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año.....	3
B1. Recursos adicionales	4
B2. Información acerca de L.A. Care Cal MediConnect Plan	5
B3. Cosas importantes que debe hacer	6
C. Cambios en la red de proveedores y farmacias.....	7
D. Cambios en los beneficios y los costos del próximo año.....	7
D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos.....	7
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados	7
D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”	9
D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura de gastos excedentes”	10
E. Cómo elegir un plan.....	10
E1. Cómo permanecer en nuestro plan	10
E2. Cómo cambiar de plan	11
F. Cómo recibir ayuda.....	13
F1. Cómo obtener ayuda de L.A. Care Cal MediConnect Plan	13
F2. Cómo obtener ayuda del agente estatal de inscripciones	13
F3. Cómo obtener ayuda del Programa Cal MediConnect Ombuds	13
F4. Cómo obtener ayuda del Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud	14
F5. Cómo obtener ayuda de Medicare.....	14
F6. Cómo obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California	15



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. Avisos legales

- 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.

B. Revise su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el 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, quizás pueda abandonar el plan. Consulte la sección F2 para obtener más información.

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).

► **NOTA:** Si está participando en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda inscribirse en otro plan. Consulte el Capítulo 5 de su *Manual para Miembros* para obtener información acerca de los programas de administración de medicamentos.



B1. Recursos adicionales

- **ATTENTION:** 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.
- **ATENCIÓN:** 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.
- **請注意：**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。
- **XIN LƯU Ý:** 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.
- **알림:** 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.
- **ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝** Եթե խոսում եք հայերեն, լեզվական աջակցության ծառայությունները հասանելի են Ձեզ անվճար: Զանգահարեք **1-888-522-1298** հեռախոսահամարով (TTY: 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոնական օրերը: Հեռախոսազանգն անվճար է:
 - **تنبيه:** 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.
 - **ВНИМАНИЕ:** 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.
 - **注意事項:** 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。
 - **توجه:** 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.
 - **ध्यान दें:** 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 नि:शुल्क है।
 - **ចំណាប់អារម្មណ៍:** បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយខាងភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711)** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅគឺឥតចេញថ្លៃឡើយ។



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.

- PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga serbisyo ng tulong sa wika nang 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.
- โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรฟรีที่หมายเลข 1-888-522-1298 (TTY: 711) ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุด
- ກະລຸນາຟັງ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ. ໂທສ 1-888-522-1298 (TTY: 711), ໄດ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ລວມເຖິງ ວັນພັກຕ່າງໆ. ເບີໂທສນີ້ແມ່ນບໍ່ເສັຍຄ່າ.
- CEEB TOOM: 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.
- ਧਿਆਨ ਦਿਓ: 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.

B2. Información acerca de L.A. Care Cal MediConnect Plan

- L.A. Care Health Plan es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para proporcionar beneficios de ambos programas a los miembros.
- 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 **<https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families>** para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida para la MEC.
- 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.



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**.

B3. 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 D 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.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico para saber si hay alguna alternativa de menor costo adecuada para usted; así podría ahorrar en los costos de bolsillo que debe pagar a lo largo del año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden variar los costos de los medicamentos que esté tomando.
 - Consulte la sección D2 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 C 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, quizás pueda cambiar de plan (consulte la sección G2 para obtener más información). Si se inscribe en un plan nuevo, su nueva cobertura iniciará el primer día del mes siguiente. Consulte la sección E2, 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.calmediconnectla.org.

C. Cambios en la red de proveedores y farmacias

Nuestra red de proveedores y farmacias ha cambiado para el año 2019.

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.calmedicconnectla.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*.

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

D1. 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.

	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Gimnasio y clases de entrenamiento físico	El beneficio de gimnasio y clases de entrenamiento físico no está cubierto.	Usted paga un copago de \$0 por la membresía en un gimnasio contratado y las clases de entrenamiento. Cualquier servicio dentro del gimnasio que generalmente requiera una tarifa adicional no está incluido.

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Puede encontrar una *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada en nuestro sitio web en www.calmedicconnectla.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 medicamentos o para solicitarnos que le enviemos por correo una *Lista de medicamentos cubiertos*.

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



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.

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.
 - o 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.
 - o 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.
 - o En algunas situaciones, cubriremos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - o 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*).
 - o 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 el resto del año del plan. 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 el costo de los 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:



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.

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. Esta etapa inicia 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 2019. Usted comienza esta etapa cuando ha pagado una cierta cantidad de costos de bolsillo.

La Etapa de cobertura inicial termina cuando su total de costos de bolsillo para los medicamentos recetados llega a **\$5,100**. 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. Consulte el Capítulo 6 de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos recetados.

D3. 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.

	2018 (este año)	2019 (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 .



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.

	2018 (este año)	2019 (próximo año)
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 - \$8.35 por receta.	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de \$0 - \$8.50 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 **\$5,100**. 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. Consulte el Capítulo 6 de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos recetados.

D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura de gastos excedentes”

Cuando llega al límite de gastos de bolsillo de **\$5,100** por sus medicamentos recetados, comienza la Etapa de cobertura de gastos excedentes. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura de gastos excedentes hasta el final del año calendario.

E. Cómo elegir un plan

E1. Cómo permanecer en nuestro plan

Esperamos tenerle como miembro el próximo año.

No necesita hacer nada para permanecer en su plan de salud. 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 2019.



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.

E2. Cómo cambiar de plan

Puede poner fin a su membresía en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro Plan Medicare Advantage, inscribiéndose en otro plan Cal MediConnect o pasándose a Original Medicare.

NOTA: A partir del 1 de enero de 2019, si está participando en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 de su *Manual para Miembros* para obtener información acerca de los programas de administración de medicamentos.

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:

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 (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).</p>	<p>Llame a Medicare 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 para inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare solamente.</p> <p>Para consultas sobre PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llame al Programa de 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>



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>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 7 días de la semana. Los usuarios que utilizan 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 7 días de la semana. Los usuarios que utilizan 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>

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 (*Health Care Options*) 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**.



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.

F. Cómo recibir ayuda

F1. 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 2019

El *Manual para Miembros de 2019* 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.

Además, siempre hay disponible una copia actualizada del *Manual para Miembros de 2019* 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, 7 días de la semana, incluso los días festivos, para solicitarnos que le enviemos por correo un *Manual para Miembros de 2019*.

Nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en **www.calmediconnectla.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*).

F2. Cómo obtener ayuda del agente estatal de inscripciones

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**.

F3. 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. Los servicios del defensor de los derechos del paciente son gratuitos.

El Programa Cal MediConnect Ombuds:

- Trabaja como un defensor en su nombre. Los representantes pueden responder a sus preguntas si tiene un problema o una queja y ayudarle a saber qué hacer.
- Se asegura de que usted tenga información relacionada con sus derechos y protecciones, y acerca de cómo lograr que se resuelvan sus inquietudes.
- 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**.



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**.

F4. Cómo obtener ayuda del Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (*State Health Insurance Assistance Program*, SHIP). En California, el SHIP se llama 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/>.

F5. Cómo obtener ayuda de Medicare

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

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”).

Medicare y usted de 2019

Puede leer el manual *Medicare y usted de 2019*. 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.

F6. Cómo obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. 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 cuenta con 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.dmh.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 All of L.A.