

ABC123456789\_2CFB0-34-5-D-B-000006

123456QG1-ABC-02/02/2020



JOHN SAMPLE  
1234 SAMPLE STREET  
ANYTOWN CA 90000



XX/XX/XXXX

## Noticias importantes sobre su cobertura de Medi-Cal

Estimado afiliado:

Pronto recibirá cuidados subagudos (adultos y pediátricos) y la mayoría de los servicios de Medi-Cal a través de un plan de salud de Medi-Cal en su condado. Tendrá que elegir y unirse a un plan de salud de Medi-Cal. Si tiene Medicare, sus beneficios y proveedores de Medicare **no** cambiarán.

**Usted también obtuvo u obtendrá un paquete *My Medi-Cal Choice* en el correo. En él se le dice cómo elegir un plan de salud de Medi-Cal. Si no elige un plan de salud de Medi-Cal antes de la fecha mencionada en su paquete de *My Medi-Cal Choice*:**

**Se le inscribirá en este plan de salud de Medi-Cal y este plan dental:**

| Plan de salud | Plan dental      | Fecha de inicio |
|---------------|------------------|-----------------|
| <MCP>         | <Dental Program> | 01/01/2024      |

A continuación, encontrará algunos puntos importantes que debe saber:

- **Su elegibilidad y sus servicios cubiertos de Medi-Cal no cambiarán.** No es necesario que llame al trabajador de elegibilidad de su condado.
- **Su cobertura médica de Medi-Cal dejará de ser Fee-For-Service (FFS) (Regular) Medi-Cal y pasará a ser Medi-Cal Managed Care.** Tendrá que elegir y unirse a un plan de salud de Medi-Cal.
- **Su centro de cuidados subagudos no cambiará durante al menos 12 meses a partir de la fecha en que se inscribió en su nuevo plan de salud de Medi-Cal si vive en un:**
  - Centro de cuidados subagudos

- **No tiene que solicitar la “continuidad de cuidado” (Continuity of Care) para permanecer en su centro.** Usted se puede quedar en su centro de cuidados subagudos. Mientras los servicios que reciba sean médicamente necesarios, no tiene que solicitar la continuidad de cuidado para permanecer en su hogar durante 12 meses. Transcurridos 12 meses, puede solicitar a su nuevo plan de salud de Medi-Cal permanecer en su centro de cuidados subagudos durante otros 12 meses.
- **Si tiene alguna inquietud sobre la calidad del cuidado en el centro de cuidados subagudos** donde vive y desea mudarse a un nuevo centro de cuidados subagudos, póngase en contacto con su nuevo plan de salud de Medi-Cal.
- **Sus otros proveedores de Medi-Cal pueden cambiar.** Esto incluye a sus médicos, especialistas y terapeutas de Medi-Cal. Su plan de salud de Medi-Cal se pondrá en contacto con usted. Trabajarán con usted su centro de cuidados subagudos, su centro regional y sus cuidadores. También analizarán sus necesidades y cómo continuará recibiendo los cuidados que necesita. Tiene derecho a solicitar la continuidad de cuidado para mantener a sus proveedores actuales hasta 12 meses.

### **Más información**

Para obtener más información acerca de estos cambios, visite el sitio web de Medi-Cal en [www.dhcs.ca.gov/provgovpart/Pages/Subacute-LTC-Carve-In-Member-Information.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/provgovpart/Pages/Subacute-LTC-Carve-In-Member-Information.aspx) para leer la *Notificación de información adicional acerca de sus derechos y beneficios de cuidado a largo plazo (NOAI)*. También puede escanear con su teléfono inteligente el código de respuesta rápida (Quick Response, QR) que figura al pie de esta carta para acceder a la NOAI. Tiene más información sobre la inscripción en el plan de salud de Medi-Cal, sus opciones de plan de salud de Medi-Cal, los servicios de Medicare y Medi-Cal, la continuidad de cuidado y los recursos para responder a sus preguntas.

Si desea que se le envíe por correo una copia escrita de esta notificación, llame a Medi-Cal Health Care Options (Medi-Cal HCO) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. al 1-800-430-3003 (TTY: 1-800-430-7077). Si desea recibir esta notificación en otro idioma o formato, como letra grande, audio o Braille, llame a Medi-Cal HCO de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. al 1-800-430-3003 (TTY: 1-800-430-7077).

También lo llamaremos a usted o a su representante autorizado para ofrecerle información y asistencia durante este cambio.

### **Sus beneficios de Medicare no cambiarán**

Si está inscrito en Medicare, sus beneficios y proveedores de Medicare no cambiarán cuando cambie su plan de salud de Medi-Cal. Sus proveedores de Medicare:

- No tienen que pertenecer a la red de su plan de salud de Medi-Cal para seguir atendéndolo.

- No le cobrarán copagos, coseguro ni deducibles si está asegurado en Medi-Cal.
- Deberán facturarle a su plan de salud de Medi-Cal los copagos, el coseguro y los deducibles incluso si no pertenecen a la red de Medi-Cal.

### **Afiliados American Indian y Alaska Native**

Si usted es un afiliado American Indian o Alaska Native y está inscrito en un plan de salud de Medi-Cal, puede recibir servicios de un Indian Health Care Provider de su elección. Si tiene preguntas sobre sus beneficios, llame a su plan de salud de Medi-Cal o a Medi-Cal Ombudsman al 1-888-452-8609.

### **Seguirá obteniendo estos beneficios de la misma manera en la que los obtiene actualmente:**

- Beneficios de Medicare
- Servicios prestados en el hogar y en la comunidad
- Servicios farmacéuticos
- Servicios de tratamiento para el trastorno por uso de sustancias (Substance use disorder, SUD)
- Servicios de especialistas en salud mental
- Servicios dentales en la mayoría de los condados

### **Su otra cobertura de salud**

Si tiene otra cobertura de salud (OHC), como un seguro privado, Medi-Cal es el pagador de último recurso. Sus proveedores de OHC también deben estar inscritos en Medi-Cal, pero:

- No tienen que pertenecer a la red de su plan de salud de Medi-Cal para seguir atendiéndolo. Si un servicio requiere autorización previa (preaprobación), el proveedor fuera de la red puede utilizar una carta de acuerdo o algo similar. De lo contrario, es posible que no se paguen al proveedor los importes facturados por encima de la tarifa FFS permitida.
- No le cobrarán copagos, coseguro ni deducibles si está asegurado en Medi-Cal.
- Deberán facturarle a su plan de salud de Medi-Cal los copagos, el coseguro y los deducibles incluso si no pertenecen a la red de Medi-Cal.

### **Acerca de los planes de salud de Medi-Cal**

Un plan de salud de Medi-Cal es un plan de salud. El plan colabora con médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención médica para ofrecerle los servicios de salud médicamente necesarios de Medi-Cal. Su plan de salud:

- Lo ayudará a administrar sus beneficios y servicios de Medi-Cal.

- Le servirá para encontrar médicos y especialistas de Medi-Cal en la red (grupo) del plan.
- Lo ayudará a mantener a sus proveedores actuales de Medi-Cal durante un máximo de 12 meses si se cumplen ciertas condiciones.
- Tendrá una línea de consulta de enfermería a la que podrá llamar las 24 horas.
- Tendrá un número de teléfono gratuito de servicios para afiliados donde responderán a sus preguntas.
- Lo ayudará con el transporte de ida y vuelta a las consultas con sus proveedores (como cuando visite a su especialista o vaya al hospital).
- Lo ayudará a obtener servicios que necesita y que su plan no cubre.
- Le brindará los servicios lingüísticos que necesite, como servicios de interpretación; documentos en su idioma; o documentos en Braille, letra grande, audio o CD de datos.
- Coordinará con su centro de cuidados intermedios o de cuidados subagudos las necesidades de cuidado de la salud, lo que incluye sus necesidades médicas, de salud mental, farmacéuticas o de servicios sociales.
- Colaborará con su representante autorizado para participar en su plan de cuidados.

### **Cómo elegir un plan de salud de Medi-Cal**

Sus opciones de planes de salud de Medi-Cal dependen del condado donde vive. Medi-Cal HCO le envió o le enviará un paquete *My Medi-Cal Choice*. El paquete le informa sobre los planes de salud de Medi-Cal en su zona y cómo inscribirse.

Para obtener más información sobre las opciones de planes de salud y de proveedores, llame a Medi-Cal HCO de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. al 1-800-430-3003 (TTY: 1-800-430-7077) de manera gratuita. O visite **[www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)**.

### **Exenciones de unirse a un plan de salud de Medi-Cal**

Es posible que no tenga que unirse a un plan de salud de Medi-Cal si:

- Es American Indian/Alaska Native.
- Es un beneficiario que obtiene asistencia en el marco de Foster Care, del Adoption Assistance Program o de los Child Protective Services.
- Vive en un hogar de California Veteran's.
- Ya tiene una exención médica aprobada del requisito de inscripción a un plan de salud de Medi-Cal.

- Recibe una exención médica del requisito de inscripción a un plan de salud de Medi-Cal.

### **Solicitud de exención médica (Medical Exemption Request, MER) de unirse a un plan de salud de Medi-Cal**

Si tiene una afección médica compleja reconocida por la ley y su médico o clínica de **Medi-Cal** es un proveedor FFS Medi-Cal que no está en la red del plan de salud de Medi-Cal en su condado, es posible que pueda obtener una exención médica con el fin de mantener a su proveedor de Medi-Cal durante un **máximo de 12 meses**. Si se aprueba su exención, puede permanecer en FFS Medi-Cal y mantener a su médico hasta que finalice la exención médica.

Si desea permanecer en FFS Medi-Cal, solicite una exención médica lo antes posible. En la mayoría de los casos, no puede obtener una exención de la inscripción en la atención administrada una vez que haya estado en un plan de salud de Medi-Cal durante **90 días o más**.

**No** necesita una exención médica para mantener a sus proveedores de **Medicare**.

### **Puede solicitar una exención médica de estas maneras:**

- Por teléfono: Llame a Medi-Cal HCO de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. al 1-800-430-3003 (TTY: 1-800-430-7077).
- Por correo electrónico: Complete y envíe el formulario de Solicitud de exención médica que obtendrá u obtuvo en su paquete *My Medi-Cal Choice*. Su médico, su clínica o un abogado pueden ayudarlo a completar el formulario. Su médico también deberá completar parte del formulario. Envíe el formulario completado a Medi-Cal HCO.
- En línea: Visite Medi-Cal HCO en **[www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)**.

### **Extensión de exención médica**

Si desea mantener a su proveedor de Medi-Cal durante más de 12 meses, es posible que pueda solicitar una extensión de la exención médica. Si desea solicitar una extensión, debe esperar al menos 11 meses desde la fecha de inicio de su exención médica actual. HCO le avisará cuando falten 45 días para el fin de su exención médica y le dirá cómo solicitar una extensión.

### **¿Qué debe hacer ahora?**

- Si desea quedarse en el plan de salud de Medi-Cal o el plan dental mencionados antes, **no** tiene que hacer nada.
- Si desea conservar a su mismo médico o clínica de Medi-Cal, pregúnteles si trabajan con un plan de salud de Medi-Cal en su condado. Si es así, elija ese plan.
- Si desea elegir otro plan dental o plan de salud de Medi-Cal, comuníquese con Medi-Cal HCO:

- Por teléfono: Llame a HCO de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. al 1-800-430-3003 (TTY: 1-800-430-7077).
- Por correo electrónico: Complete el formulario de elección que se encuentra en su paquete *My Medi-Cal Choice* y envíelo por correo.
- En línea: Inscribese desde **[www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)**

### ¿Tiene alguna pregunta?

- Llame a la línea de ayuda de Medi-Cal de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. al 1-800-541-5555 de manera gratuita.
- Llame a Medi-Cal Ombudsman Office de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. al 1-888-452-8609 (TTY: 711 para California State Relay) de manera gratuita. O comuníquese por correo electrónico a **[MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov)**. Medi-Cal Ombudsman Office ayuda a las personas con Medi-Cal a utilizar sus beneficios y a conocer sus derechos y responsabilidades.
- Llame a Medicare Medi-Cal Ombudsman Program al 1-855-501-3077 de manera gratuita. Medicare Medi-Cal Ombudsman ayuda a las personas que tengan quejas de Medicare y Medi-Cal.
- Llame a Long-Term Care Ombudsman al 1-800-231-4024. La línea está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana de manera gratuita. Long-Term Care Ombudsman ayuda a las personas que viven en un hogar de ancianos especializado, hogar de cuidados intermedios o centro de cuidados subagudos con sus quejas y a conocer sus derechos y responsabilidades.
- Llame a Medi-Cal HCO de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. al 1-800-430-3003 (TTY: 1-800-430-7077). O visite Medi-Cal HCO en **[www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)**.

Gracias,

Medi-Cal

California Department of Health Care Services

