

Condados de Los Angeles, Riverside, San Bernardino,
y San Diego

SCAN Connections (HMO D-SNP)
Plan Medicare y Medi-Cal Advantage

Manual para miembros 2025



Manual para miembros de SCAN Connections

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta con SCAN Connections (HMO D-SNP)

En este documento se proporcionan detalles sobre su cobertura de atención médica y para medicamentos con receta de Medicare y Medi-Cal (Medicaid) del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025.

Manual para miembros: introducción

Este *Manual para miembros*, también conocido como *Evidencia de cobertura*, brinda información sobre la cobertura que tiene gracias a nuestro plan del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025. Explica los servicios de atención médica, de salud conductual (salud mental y trastorno por uso de sustancias), la cobertura para medicamentos con receta y los servicios y apoyos a largo plazo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** del *Manual para miembros*.

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

Cuando este *Manual para miembros* dice "nosotros", "nos", "nuestro" o "nuestro plan", se refiere a SCAN Connections.

Este documento está disponible de forma gratuita en otros idiomas y formatos.

Puede conseguir este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio si llama a Servicios para Miembros al número que se encuentra al final de la página. La llamada es gratuita.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Llame a Servicios para Miembros para solicitar el material en un idioma que no sea español o en un formato alternativo. Puede solicitar a Servicios para Miembros que actualicen su registro con su preferencia de idioma o formato para futuros envíos.

- **Arabic:**

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخطتنا الصحية أو جدول الدواء. سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-866-722-6725 للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم بمساعدتك. هذه الخدمة المجانية.

- **Armenian:** Առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք 1-866-722-6725 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:
- **Chinese Cantonese (Traditional):** 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 1-866-722-6725 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。
- **Chinese Mandarin (Simplified):** 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 1-866-722-6725 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。
- **English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-722-6725. Someone who speaks English can help you. This is a free service.
- **French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-722-6725. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.
- **French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-722-6725. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.
- **German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-722-6725. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.
- **Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-722-6725 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.
- **Hmong:** Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus,



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

tsuas yog hu peb ntawm 1-866-722-6725. Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

- **Hmong-Mien:** Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-866-722-6725. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.
- **Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero 1-866-722-6725. Un nostro incaricato che parla Italiano Le fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.
- **Japanese:** 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご利用になるには 1-866-722-6725 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。
- **Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-722-6725번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.
- **Lao:** ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພາສາ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພາຍໃຈໃຫ້ພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-722-6725. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພາສາ.
- **Mon-Khmer, Cambodian:** យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែគ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-866-722-6725។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។
- **Persian:**

ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سوالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ توجه: شخصی که به زبان فارسی صحبت تماس بگیرد. 1-866-722-6725. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیست با شماره می کند، می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.
- **Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-722-6725. Ta usługa jest bezpłatna.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

- **Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-722-6725. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.
- **Punjabi:** ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ 1-866-722-6725 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।
- **Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру 1-866-722-6725. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.
- **Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al 1-866-722-6725. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.
- **Tagalog:** Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa 1-866-722-6725. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.
- **Thai:** เรามีบริการสามฟรีเพื่อตอบสนองสิ่งต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-866-722-6725 เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ
- **Ukrainian:** Ми надаємо безкоштовні послуги усного перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або лікарського забезпечення. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-866-722-6725. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.
- **Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số 1-866-722-6725. Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Tabla de contenidos

	Página
Capítulo 1: Primeros pasos como miembro	8
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	21
Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para recibir atención médica y otros servicios cubiertos	45
Capítulo 4: Tabla de beneficios	72
Capítulo 5: Obtención de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.....	158
Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta en Medicare y Medi-Cal (Medicaid)	179
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos	195
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	202
Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	225
Capítulo 10: Finalización de la membresía en nuestro plan	275
Capítulo 11: Avisos legales	286
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	292



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Descargos de responsabilidad

- ❖ SCAN Connections (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medi-Cal de California. La inscripción en SCAN Health Plan depende de la renovación del contrato.
- ❖ SCAN Connections es un plan de atención médica coordinada. SCAN Connections está disponible para cualquier persona que tenga tanto asistencia médica del estado como Medicare.
- ❖ En SCAN Connections puede recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan de salud.
- ❖ En este documento se proporcionan detalles sobre su cobertura de atención médica y para medicamentos con receta de Medicare y Medi-Cal del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025.
- ❖ La cobertura de SCAN Connections es una cobertura de salud calificada llamada "cobertura esencial mínima". Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre SCAN Connections, 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 obtendrá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones están ordenados de forma alfabética en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Tabla de contenidos

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan.....	10
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal.....	10
B1. Medicare	10
B2. Medi-Cal.....	10
C. Ventajas de nuestro plan.....	11
D. El área de servicio de nuestro plan	12
E. Qué lo/la hace elegible para ser miembro del plan	12
F. Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud	13
G. Su equipo de atención y plan de atención médica.....	14
G1. Equipo de atención.....	14
G2. Plan de atención médica	14
H. Costos mensuales de SCAN Connections.....	15
H1. Prima del plan.....	15
H2. Prima mensual de la Parte B de Medicare	15
H3. Monto del pago de los medicamentos con receta de Medicare	15
I. El manual para miembros	16



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

J. Otra información importante que le proporcionamos	16
J1. Su tarjeta de identificación de miembro	16
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	17
J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i>	18
J4. <i>La Explicación de Beneficios</i>	18
K. Mantener actualizado su registro de membresía	19
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI).....	20



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y Medi-Cal a personas elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos/as, hospitales, farmacias, proveedores/as de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores/as de salud conductual y otros/as proveedores/as. También contamos con coordinadores/as y equipos de atención para ayudarle a gestionar los/las proveedores/as y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que usted necesita.

Para ser elegible para este plan:

- Debe tener 65 años o más.
- Debe ser elegible para los beneficios completos de Medi-Cal.
- **No debe** estar inscrito/a en ningún programa de exención de Medi-Cal, como, el programa de Servicios de apoyo en el hogar (IHSS), el Programa de servicios multipropósitos para las personas mayores (MSSP) o las Operaciones en el hogar (IHO), entre otros.

Tenga en cuenta que: Si pierde su elegibilidad pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de 3 meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para:

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

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa de Medicaid en California. A Medi-Cal lo administra el estado y lo paga el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios adicionales y medicamentos no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- lo que cuenta como ingresos y recursos,



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos, y
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo ejecutar los programas, siempre y cuando respeten las normas federales.

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

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

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

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de nuestro plan, incluidos los medicamentos con receta. **No paga más por inscribirse en este plan de salud.**

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

- Puede contar con nosotros para la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo de atención que usted ayuda a formar. El equipo de atención puede incluirlo a usted, a su cuidador/a, médicos/as, enfermeros/as, asesores/as u otros/as profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un/a coordinador/a de atención. Es una persona que trabaja con usted, nuestro plan y su equipo de atención para ayudar a elaborar un plan de atención médica.
- Puede dirigir su propia atención con la ayuda del equipo de atención y del/de la coordinador/a de atención.
- El equipo y el/la coordinador/a de atención trabajan con usted para elaborar un plan de atención médica diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que el equipo de atención se asegura de que:
 - sus médicos/as tengan información sobre todos los medicamentos que toma para que puedan asegurarse de que está tomando los



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- medicamentos correctos y reducir cualquier efecto secundario que pueda tener por los medicamentos;
- los resultados de las pruebas se compartan con todos/as sus médicos/as y otros/as proveedores/as, según corresponda.

Nuevos miembros de SCAN Connections: En la mayoría de los casos, usted estará inscrito/a en SCAN Connections para recibir sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de que solicite inscribirse en SCAN Connections. Es posible que siga recibiendo los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior por un mes más. Después de eso, recibirá los servicios de Medi-Cal a través de SCAN Connections.

No habrá ninguna brecha en la cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

D. El área de servicio de nuestro plan

SCAN Connections está disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: Los Angeles, Riverside, San Bernardino y San Diego.

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

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio.

Consulte el **Capítulo 8** del Manual para miembros para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Qué lo/la hace elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella), **y**
- tenga 65 años o más en el momento de la inscripción, **y**
- tenga la Parte A y la Parte B de Medicare, **y**
- sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente en Estados Unidos, **y**
- actualmente sea elegible para Medi-Cal completo sin costo compartido, **y**
- cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Para ser elegibles para este plan, los miembros deben tener 65 años o más. Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medi-Cal (Medicaid), cumplen con los criterios del estado de California para el nivel de atención de una residencia para personas mayores y viven en su propio hogar o una residencia de vivienda asistida. Los miembros deben aceptar realizarse evaluaciones iniciales y anuales para determinar la elegibilidad anual. (Medi-Cal [Medicaid] es un programa conjunto del gobierno estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos para determinadas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe serlo para todos los beneficios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid) y no puede estar inscrito/a en ningún programa de exención de Medi-Cal (Medicaid), como, el programa de Servicios de apoyo en el hogar (IHSS), el Programa de servicios multipropósitos para las personas mayores (MSSP) o las Operaciones en el hogar (IHO), entre otros.

Si pierde la elegibilidad para Medi-Cal, pero es posible que la recupere dentro de 3 meses, entonces continúa siendo elegible para ser miembro de nuestro plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

F. Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, obtiene una evaluación de riesgos de salud (HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de entrada en vigencia de su inscripción.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención médica. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos comunicamos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una visita en persona, una llamada telefónica, de manera electrónica o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, es posible que pueda seguir acudiendo a sus médicos/as, incluso si no están en nuestra red, si actualmente está bajo el cuidado de un/a especialista, está recibiendo servicios o tiene una cirugía o un procedimiento programado. A esto lo llamamos continuidad de la atención. Esto incluye, entre otros, quimioterapia, radioterapia, servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, tratamiento de farmacodependencia, equipo médico duradero (como oxígeno o cama de hospital) o si actualmente recibe atención en un centro de enfermería especializada.

Es importante que nos informe lo antes posible si tiene una solicitud de continuidad de la atención. En colaboración con el médico/la médica de atención primaria y el grupo médico,



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

SCAN trabajará conjuntamente para coordinar su atención y garantizar una transición segura. El grupo médico que eligió puede autorizar que acuda a un/a proveedor/a, ubicación o prestador/a dentro de su red. Las solicitudes aprobadas se autorizarán por un período de transición mínimo de 90 días o por la duración del tratamiento en curso. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda.

Una vez finalizado el período de continuidad de la atención médica, deberá acudir a médicos/as y otros/as proveedores/as de SCAN Connections que estén afiliados con el grupo médico de su proveedor/a de atención primaria, a menos que lleguemos a un acuerdo con su médico/a fuera de la red. Un/a proveedor/a de la red es un/a proveedor/a que trabaja con el plan de salud. Consulte el **Capítulo 3** del *Manual para miembros* para obtener más información sobre cómo obtener atención.

G. Su equipo de atención y plan de atención médica

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a médico/a, un/a coordinador/a de atención u otra persona de salud que usted elija.

Un/a coordinador/a de atención es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita. Usted obtiene un/a coordinador/a de atención cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo remite a otros recursos comunitarios que nuestro plan puede no proporcionar y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. SCAN cuenta con un equipo dedicado de coordinadores/as de atención, llamado Línea de asistencia personal (PAL), que están disponibles para responder preguntas sobre sus beneficios de Medicare y Medicaid, y para ayudarle a programar y coordinar la atención y los servicios que necesita. Llámenos a los números que aparecen en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su coordinador de atención y su equipo de atención.

G2. Plan de atención médica

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención médica. El plan de atención médica sirve para informarles a usted y a sus médicos/as qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y LTSS, entre otros.

Su plan de atención médica incluye:

- sus objetivos de atención médica;
- un cronograma para obtener los servicios que necesita;
- problemas y preocupaciones de salud física y conductual identificados;
- planificación para el final de la vida o enfermedad avanzada;



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- cuestiones funcionales y de seguridad, y
- recomendaciones de recursos y servicios basados en la comunidad.

Su equipo de atención se reúne con usted después de su HRA. Le preguntan acerca de los servicios que necesita. También le informan sobre otros servicios que tal vez quiera considerar. Su plan de atención médica se crea en función de sus necesidades y objetivos. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención médica al menos una vez al año.

H. Costos mensuales de SCAN Connections

Nuestro plan no tiene prima.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Monto del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (**Sección H4**)

H1. Prima del plan

Las primas de su plan se pagan en nombre de Medi-Cal. No es necesario que pague por separado la prima mensual de SCAN Connections.

H2. Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección E anterior, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Medi-Cal, además de tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de SCAN Connections, Medi-Cal paga su prima de la Parte A de Medicare (si no reúne los requisitos automáticamente) y su prima de la Parte B de Medicare.

Si Medi-Cal no paga por usted las primas de Medicare, debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B de Medicare. También puede incluir una prima para la Parte A de Medicare, que afecta a los miembros que no son elegibles para una exención del pago de la prima de la Parte A de Medicare. **Además, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención e infórmeles sobre este cambio.**

H3. Monto del pago de los medicamentos con receta de Medicare

Si está participando en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, recibirá una factura de su plan de medicamentos con receta (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que usted debe por un medicamento con receta, más el saldo de su mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

La **Sección L4 del Capítulo 2** le brinda más información sobre el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos que se indican en el **Capítulo 9** para presentar un reclamo o una apelación.

I. El manual para miembros

El *Manual para miembros* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las normas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas normas, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar el *Manual para miembros* llamando a Servicios para Miembros a los números que se encuentran al final de la página. También puede consultar el *Manual para miembros* que se encuentra en nuestro sitio web en la dirección web al final de la página.

El contrato estará vigente durante los meses que esté inscrito/a en nuestro plan, del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025.

J. Otra información importante que le proporcionamos

Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de identificación de 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 *Formulario*.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro

En nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos LTSS, ciertos servicios de salud conductual y recetas. Usted presentará esta tarjeta cuando reciba algún servicio o receta. A continuación, verá un ejemplo de tarjeta de identificación de miembro:



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Si su tarjeta de identificación de miembro se daña, se pierde o si se la roban, llame inmediatamente a Servicios para Miembros al número que se encuentra al final de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o su tarjeta de Medi-Cal para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, el/la proveedor/a puede facturar a Medicare en lugar de a nuestro plan, y puede recibir una factura. Consulte el **Capítulo 7** del *Manual para miembros* para más información sobre qué hacer si recibe una factura de un/a proveedor/a.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) para acceder a los siguientes servicios:

- Servicios de salud conductual del condado
- Servicios residenciales de crisis para adultos
- Servicios de tratamiento residencial para adultos

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los/las proveedores/as y las farmacias que son parte de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe acudir a los/las proveedores/as de la red para obtener los servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (electrónicamente o en forma impresa) llamando a Servicios para Miembros a los números que se encuentran al final de la página. Las solicitudes de directorios de proveedores y farmacias impresos se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.

También puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias en la dirección web que se encuentra al final de la página.

Debe acudir a los/las proveedores/as de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o es imposible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que SCAN Connections autorice el uso de proveedores/as fuera de la red.

Definición de proveedores/as de la red

- Los proveedores/as de nuestra red incluyen:
 - médicos/as, enfermeros/as y otros/as profesionales de la salud que puede utilizar como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, residencias para personas mayores y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; **y**



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- LTSS, servicios de salud conductual, agencias de atención médica en el hogar, proveedores/as de equipos médicos duraderos (DME) y otros que proporcionan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medi-Cal.

Los/Las proveedores/as de la red aceptan el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago pleno.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.
- Excepto en caso de emergencia, debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si quiere que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para obtener más información. Tanto Servicios para Miembros como nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y proveedores/as de nuestra red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Le indica qué medicamentos con receta de la Parte D cubre nuestro plan.

La *Lista de medicamentos* también le indica si existen normas o restricciones para algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual para miembros* para obtener más información.

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

J4. La Explicación de Beneficios

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarle a comprender y hacer un seguimiento de los pagos de sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. Este resumen se denomina *Explicación de beneficios (EOB)*.

La EOB le informa el monto total que usted, u otra persona en su nombre, gastó en medicamentos con receta de la Parte D de Medicare y el monto total que pagamos por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. El **Capítulo 6** del *Manual para miembros* le brinda más información sobre la EOB y cómo esta le ayuda a hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.

Para acceder a los estados de cuenta electrónicos de la EOB de la Parte D debe iniciar sesión en www.Express-Scripts.com e ir a **Seleccionar preferencias de comunicación (Select Communication Preferences)** en **Mi cuenta (My Account)**. Haga clic en **Editar preferencias (Edit preferences)** y luego elija recibir los materiales impresos en línea. Así, recibirá sus estados de cuenta de la EOB de la Parte D de Medicare en línea en lugar de por correo. Es gratuito y puede elegir recibir la EOB impresa nuevamente en cualquier momento. Las personas que ingresen por primera vez deberán registrarse con su número de identificación de miembro de SCAN Health Plan.

K. Mantener actualizado su registro de membresía

Puede mantener actualizado su registro de membresía avisándonos cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos su información correcta en nuestros registros. Nuestros/as proveedores/as y farmacias de la red también necesitan información correcta sobre usted. **Utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos recibe y cuánto le cuestan.**

Comuníquese con nosotros de inmediato en los siguientes casos:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, como la que proporciona su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho, o en casos de compensación laboral;
- cualquier reclamación de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico;
- ingreso en una residencia para personas mayores o en un hospital;
- atención en un hospital o sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable por usted); **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No es obligatorio que nos informe sobre su participación en un estudio de investigación clínica, pero le recomendamos que lo haga).

Si hay algún cambio en su información, llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

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

La información en su registro de membresía puede incluir información personal de salud (PHI). Las leyes federales y estatales requieren que mantengamos su PHI privada. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** del *Manual para miembros*.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le proporciona información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y los beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas para que aboguen en su nombre. Los términos clave y sus definiciones están ordenados de forma alfabética en el último capítulo de su *Manual para miembros*.

Contenidos

A. Servicios para Miembros.....	23
B. Su coordinador/a de atención	26
C. Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP):	28
D. Línea de llamadas de asesoramiento de enfermería.....	29
E. Organización de Mejora de la Calidad (QIO)	30
F. Medicare	31
G. Medi-Cal.....	32
H. Oficina de Defensoría del Pueblo para el Cuidado Administrado y la Salud Mental de Medi-Cal.....	33
I. Servicios sociales del condado	34
J. Agencia de servicios de salud conductual del condado.....	36
K. Departamento de Atención Médica Administrada de California.....	37
L. Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta	38
L1. Ayuda adicional.....	38
L2. Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP).....	40



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

L3. Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	40
M. Seguro social	41
N. Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB)	42
O. Seguro grupal u otro seguro de un empleador	43
P. Otros recursos.....	43
Q. Programa dental de Medi-Cal	44



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

A. Servicios para Miembros

TELÉFONO	<p>1-866-722-6725. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana,</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Nota: No atendemos en la mayoría de los feriados federales. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.</p> <p>Brindamos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p> <p>Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana,</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Nota: No atendemos en la mayoría de los feriados federales. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.</p>
FAX	1-562-989-5181
DIRECCIÓN	<p>SCAN Health Plan</p> <p>Attention: Member Services Department</p> <p>P.O. Box 22616</p> <p>Long Beach, CA 90801-5616</p>
SITIO WEB	www.scanhealthplan.com

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamaciones o facturación



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
 - sus beneficios y servicios cubiertos, o
 - el monto que pagamos por los servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura de su atención médica.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros*.
- Apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre una apelación, consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros* o comuníquese con Servicios para Miembros.
- Quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor/a (incluido/a un/a proveedor/a que no pertenezca a la red o que sí). Un/a proveedor/a de la red es un un/a proveedor/a que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización de Mejora de la Calidad (QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección F**).
 - Puede llamarnos y explicar la queja al 1-866-722-6725.
 - Si la queja se relaciona con una decisión de cobertura de su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Si llama al 1-855-501-3077, puede presentar una queja sobre nuestro plan a Medicare al Programa de defensoría de Medicare Medi-Cal.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por su atención médica, consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros*.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos
 - el monto que pagamos por sus medicamentos.
 - Algunos medicamentos con receta y de venta libre están cubiertos por los beneficios de Medi-Cal (Medicaid) con la receta de un/a médico/a en nuestras farmacias de la red. Comuníquese con Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web (www.scanhealthplan.com) para obtener información adicional sobre los medicamentos cubiertos.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura para los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9 del Manual para miembros.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una forma de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cómo hacer una apelación para los medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros*.
- Quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos con receta.
 - Si la queja se relaciona con una decisión de cobertura de sus medicamentos con receta, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros*.
- Pago por atención médica o medicamentos que ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos un reembolso o para que paguemos una factura que recibí, consulte el **Capítulo 7** del *Manual para miembros*.
 - Si nos pide que paguemos una factura y le denegamos alguna parte del pedido, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros*.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

B. Su coordinador/a de atención

Un/a coordinador/a de atención es un/a profesional de la salud capacitado que puede ayudarle a acceder y administrar la atención que necesita. SCAN cuenta con un equipo dedicado de coordinadores/as de atención, llamado Línea de asistencia personal (PAL), que están disponibles para responder preguntas sobre sus beneficios de Medicare y Medicaid, y para ayudarle a programar y coordinar la atención y los servicios que necesita. Puede comunicarse con el coordinador de atención de las siguientes maneras:

TELÉFONO	<p>1-866-722-6725. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Nota: No atendemos en la mayoría de los feriados federales. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.</p> <p>Brindamos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p> <p>Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana,</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Nota: No atendemos en la mayoría de los feriados federales. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.</p>
FAX	1-562-308-3679
DIRECCIÓN	<p>SCAN Health Plan</p> <p>Attention: Member Services Department</p> <p>P.O. Box 22616</p> <p>Long Beach, CA 90801-5616</p>
SITIO WEB	www.scanhealthplan.com



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Comuníquese con el coordinador de la atención para obtener ayuda con:

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por uso de sustancias)
- preguntas sobre beneficios dentales
- preguntas sobre el transporte a las citas médicas
- preguntas sobre los Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), incluidos los Servicios comunitarios para adultos (CBAS) y las Residencias para personas mayores (NF).

Como se mencionó, también hay LTSS que pueden estar disponibles para usted. Los LTSS ayudan a las personas que necesitan asistencia para realizar las tareas cotidianas como bañarse, vestirse y preparar comidas. La mayoría de estos servicios se brindan en el hogar o en la comunidad y, para muchas personas mayores, brindan la ayuda adicional necesaria para permanecer fuera de un centro de convalecencia.

Los LTSS pueden incluir lo siguiente:

- Servicios comunitarios para adultos (CBAS), previamente conocidos como Atención médica diurna para adultos
- Comidas a domicilio
- Personal de servicios domésticos
- Suministros para la incontinencia y la higiene
- Alivio para el cuidador en el hogar
- Nivel de atención custodial para pacientes internados
- Servicios de atención personal
- Suplementos nutricionales
- Selección del equipo de seguridad para el baño
- Servicios de acompañante para el transporte

Si necesita LTSS, comuníquese con nosotros de cualquiera de las formas mencionadas anteriormente.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

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

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) brinda asesoramiento gratuito sobre seguro médico a las personas con Medicare. En California, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para manejar su problema. El HICAP tiene asesores capacitados en cada condado, y los servicios son gratuitos.

El HICAP no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud.

TELÉFONO	1-800-434-0222. La llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.
DIRECCIÓN	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200 Sacramento, CA 95833
SITIO WEB	www.aging.ca.gov/hicap

Comuníquese con HICAP para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre Medicare.
- Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarle a:
 - comprender sus derechos,
 - comprender las opciones del plan,
 - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y
 - solucionar los problemas con las facturas.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

D. Línea de llamadas de asesoramiento de enfermería

Los/Las asesores/as de enfermería son enfermeros/as registrados/as especialmente capacitados/as para ayudar a evaluar los problemas médicos y brindar asesoramiento por teléfono cuando sea adecuado en términos médicos. Puede comunicarse con la Línea de llamadas de asesoramiento de enfermería si tiene preguntas sobre su salud o atención médica.

TELÉFONO	1-855-431-5537. Esta llamada es gratuita. 24 horas al día, 7 días a la semana. Brindamos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. 24 horas al día, 7 días a la semana.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

E. Organización de Mejora de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Livanta. Es un grupo de médicos/as y otros/as profesionales de la atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare.

Livanta no está relacionado con nuestro plan.

TELÉFONO	1-877-588-1123 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. y sábados y domingos de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., salvo los feriados estatales.
TTY	1-855-887-6668 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
DIRECCIÓN	Livanta LLC BFCC-QIO Area 9 10820 Guilford Rd, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livantaqio.com

Comuníquese con Livanta para obtener ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica
- cómo presentar una queja sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención médica,
 - considera que su hospitalización está terminando demasiado pronto, o
 - piensa que los servicios de atención en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

F. Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS.

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 solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Brinda información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, centros de enfermería, médicos/as, agencias de atención en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospicios. Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene documentos que puede imprimir directamente desde la computadora. Si no tiene una computadora, la biblioteca local o centro para personas mayores puede ayudarle a visitar este sitio web con su computadora. O bien, puede llamar a Medicare al número anterior y decir lo que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

G. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa de Medicaid de California. Este es un programa de seguro de salud pública que proporciona servicios de atención médica necesarios para personas de bajos ingresos, incluidas familias con niños, personas mayores, personas con discapacidades, niños y jóvenes en cuidado de crianza y mujeres embarazadas. Medi-Cal se financia con fondos del gobierno estatal y federal.

Los beneficios de Medi-Cal incluyen servicios y apoyos médicos, dentales, de salud conductual y a largo plazo.

Está inscrito/a en Medicare y en Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medi-Cal, llame al coordinador de atención del plan. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan Medi-Cal, llame a Health Care Options.

TELÉFONO	1-800-430-4263. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
TTY	1-800-430-7077. Esta llamada es gratuita. Este número es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
DIRECCIÓN	California 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, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

H. Oficina de Defensoría del Pueblo para el Cuidado Administrado y la Salud Mental de Medi-Cal

La Oficina de Defensoría del Pueblo tiene la función de defenderle. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué hacer. La Oficina de Defensoría del Pueblo también le ayuda con problemas de servicio o facturación. No están relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

TELÉFONO	1-888-452-8609 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Esta llamada es gratuita.
DIRECCIÓN	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

I. Servicios sociales del condado

Si necesita ayuda con sus beneficios, comuníquese con la agencia local de servicios sociales de su condado.

Comuníquese con la agencia de servicios sociales de su condado si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medi-Cal.

Departamento de Servicios Sociales Públicos (Condado de Los Angeles)

TELÉFONO	1-866-613-3777 o 1-877-597-4777. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 7:30 p. m. Sábados, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	1-877-735-2929. Esta llamada es gratuita. Este número es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
DIRECCIÓN	Los Angeles County Department of Public Social Services Customer Service Center P.O. Box 77267 Los Angeles, CA 90007-9819
SITIO WEB	www.dpss.lacounty.gov/en.html

Departamento de Servicios Sociales Públicos (Condado de Riverside)

TELÉFONO	1-877-410-8827. Esta llamada es gratuita. De lunes a jueves, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	1-800-806-4474. Esta llamada es gratuita. Este número es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
DIRECCIÓN	Riverside County Department of Public Social Services 4060 County Circle Drive Riverside, CA 92503
SITIO WEB	www.rivcodpss.org



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Departamento de Servicios Sociales Públicos (Condado de San Bernardino)

TELÉFONO	1-877-410-8829. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
DIRECCIÓN	Human Services System Transitional Assistance Department 1895 Del Rosa Ave N. San Bernardino, CA 92415
SITIO WEB	wp.sbcounty.gov/hs

Departamento de Servicios Sociales Públicos (Condado de San Diego)

TELÉFONO	1-866-262-9881. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
DIRECCIÓN	Department of Health & Human Services Agency 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
SITIO WEB	www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/ssp/medical_program.html



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

J. Agencia de servicios de salud conductual del condado

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

TELÉFONO	Condado de Los Angeles 1-800-854-7771. Esta llamada es gratuita. 24 horas al día, 7 días a la semana. Brindamos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
	Condado de Riverside 1-800-706-7500. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Brindamos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
	Condado de San Bernardino 1-888-743-1478. La llamada es gratuita. 24 horas al día, 7 días a la semana. Brindamos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
	Condado de San Diego 1-888-724-7240. La llamada es gratuita. 24 horas al día, 7 días a la semana. Brindamos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 7:00 p. m. Sábados, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Póngase en contacto con la entidad de atención médica conductual del condado para obtener ayuda con:

- preguntas sobre servicios especializados de salud mental prestados por el condado
- preguntas sobre los servicios prestados por el condado para trastornos por el uso de sustancias



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

K. Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California es responsable de regular los planes de salud. El Centro de ayuda del DMHC puede ayudarle con apelaciones y quejas sobre los servicios y beneficios de Medi-Cal, que incluyen los LTSS y otros servicios y medicamentos no cubiertos por Medicare.

TELÉFONO	1-888-466-2219. Esta llamada es gratuita. Los representantes del DMHC están disponible de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes.
TDD	1-877-688-9891. Esta llamada es gratuita. Este número es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
DIRECCIÓN	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
SITIO WEB	www.dmhc.ca.gov



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

L. Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta

El sitio web de Medicare.gov (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) ofrece información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de ayuda, como se describe a continuación.

L1. Ayuda adicional

Como es elegible para Medi-Cal, califica para recibir "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada para recibir esta "Ayuda adicional".

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 solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.medicare.gov

Si cree que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente a los costos compartidos, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Si desearía solicitar asistencia para obtener las mejores pruebas disponibles y para proporcionar estas pruebas, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que se encuentra en la parte inferior de la página.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si el copago que abona es superior al que le correspondería pagar, le devolveremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque o deduciremos el monto de los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar los medicamentos con receta, las primas de los planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito/a en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección médica o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En California, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es el Programa para personas con discapacidades genéticas (GHPP).

Método	Información de contacto del Programa para personas con discapacidades genéticas (GHPP) (Programa estatal de asistencia farmacéutica de California)
TELÉFONO	1-916-552-9105 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto los feriados estatales).
DIRECCIÓN	Genetically Handicapped Persons Program MS 4502 P.O. Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
CORREO ELECTRÓNICO	ghppeligibility@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

L2. Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)

El ADAP ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través de la Oficina del SIDA, Centro de Enfermedades Infecciosas del Departamento de Salud Pública de California. Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado, y de estado de sin seguro o infraseguro. Si cambia de plan, notifíquelo al/a la encargado/a de inscripción local del ADAP para que usted pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050.

Office of AIDS, Center for Infectious Diseases – California Department of Public Health
MS7700

P.O. Box 997426

Sacramento, CA 95899-7426

1-844-421-7050 (teléfono)

1-844-421-8008 (fax no confidencial)

www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAmain.aspx

L3. Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y podría ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre). Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. El formulario de “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda del SPAP y del ADAP, para quienes califican, es más conveniente que la participación en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y los planes con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de la página o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

M. Seguro social

El Seguro social determina la elegibilidad y gestiona la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o una enfermedad renal en fase terminal (ESRD) y cumplen con ciertas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro social o dirigirse a su oficina local.

Si se muda o cambia la dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro social para informar estas modificaciones.

TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.ssa.gov



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

N. Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB)

La RRB es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la RRB, es importante que se informe si se muda o cambia la dirección postal. Si tiene preguntas sobre los beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona "1", puede acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

O. Seguro grupal u otro seguro de un empleador

Si usted (su cónyuge o pareja doméstica) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de los planes de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta por su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica), póngase en contacto con **ese administrador de beneficios del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará la cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

P. Otros recursos

Programa de defensoría de Medicare Medi-Cal ofrece asistencia GRATUITA para ayudar a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener la cobertura de salud y resolver problemas con los planes de salud.

Si tiene problemas con:

- Medi-Cal
- Medicare
- su plan de salud
- el acceso a servicios médicos
- apelaciones a servicios denegados, medicamentos, equipo médico duradero (DME), servicios de salud mental, etc.
- facturación médica
- Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

El Programa de defensoría de Medicare Medi-Cal ofrece ayuda con las quejas, apelaciones y audiencias. El número de teléfono del Programa de defensoría es 1-855-501-3077.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Q. Programa dental de Medi-Cal

Ciertos servicios dentales están disponibles a través del programa dental de Medi-Cal; esto incluye, entre otros, servicios tales como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor
- restauraciones y coronas
- tratamiento de conducto
- dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y revestimientos

Los beneficios dentales están disponibles a través de los programas dental de Medi-Cal de pago por servicio (FFS), de atención dental administrada (DMC) o de salud de San Mateo (HPSM).

TELÉFONO	1-800-322-6384 La llamada es gratuita. Los representantes del programa dental de Medi-Cal de FFS están disponibles para ayudarle de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	1-800-735-2922 Este número es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Además del programa dental de Medi-Cal de pago por servicio, puede obtener beneficios dentales a través de un plan de atención dental administrada. Los planes dentales de atención administrada están disponibles en los condados de Sacramento y Los Angeles. Si desea obtener más información sobre los planes dentales o desea cambiar de plan dental, comuníquese con Health Care Options al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita. Los contactos de DMC también están disponibles aquí:
<https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx>.

A partir del 1 de enero de 2022, si su plan médico de salud es el plan de salud de San Mateo (HPSM), recibe servicios dentales de HPSM. Si necesita ayuda para encontrar un/a dentista o para obtener servicios dentales, puede llamar al 1-800-750-4776 (línea gratuita) (TTY 1-800-735-2929 o 711). También puede visitar el sitio web de HPSM en www.hpsm.org/dental para obtener más información.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para recibir atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo tiene términos y normas específicos que debe conocer para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan. También, brinda información sobre el coordinador de atención, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores/as y en ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores/as o farmacias fuera de la red), qué hacer si se le factura directamente por los servicios que cubrimos y las normas para poseer equipos médicos duraderos (DME). Los términos clave y sus definiciones están ordenados de forma alfabética en el último capítulo de su *Manual para miembros*.

Tabla de contenidos

A. Información sobre servicios y proveedores/as	47
B. Normas para obtener los servicios cubiertos por nuestro plan	47
C. Su coordinador de atención	49
C1. Qué es un coordinador de atención.....	49
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención.....	49
C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención	49
D. Atención de proveedores	49
D1. Atención de un/a proveedor/a de atención primaria (PCP)	49
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	52
D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan	53
D4. Proveedores fuera de la red	54
E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	55
F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por uso de sustancias).....	55
F1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan	56



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

G. Servicios de transporte	58
G1. Transporte médico en situaciones que no son de emergencia	58
G2. Transporte que no es por motivos médicos	59
H. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesite con urgencia o durante un desastre.	60
H1. Atención en caso de emergencia médica.....	60
H2. Atención de urgencia.....	62
H3. Atención durante un desastre.....	64
I. Qué hacer si le dan la factura directamente por los servicios cubiertos por nuestro plan	65
I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios.....	65
J. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica	66
J1. Definición de estudio de investigación clínica	66
J2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	66
J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	67
K. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa que no provee servicios médicos	68
K1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria que no provee servicios médicos.....	68
K2. Atención de una institución religiosa de atención sanitaria que no provee servicios médicos	68
L. Equipo médico duradero (DME).....	69
L1. DME como miembro de nuestro plan.....	69
L2. Propiedad del DME si se cambia a Original Medicare	69
L3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan	70
L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA).....	70



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

A. Información sobre servicios y proveedores/as

El término **servicios** se refiere a la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), los suministros, los servicios de salud conductual, los medicamentos con receta y los de venta libre, los equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. Los servicios de atención médica, salud conductual y LTSS se encuentran en el **Capítulo 4** del Manual para miembros. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta y de venta libre se encuentran en el **Capítulo 5** del Manual para miembros.

Los/Las **proveedores/as** son médicos/as, enfermeros/as y otras personas que le brindan servicios y atención. El término proveedores/as también incluye hospitales, agencias de atención en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, de salud conductual, equipos médicos y ciertos LTSS.

Los/Las **proveedores/as de la red** son proveedores/as que trabajan con nuestro plan. Estos/as proveedores/as aceptan nuestro pago como pago completo. Los/Las proveedores/as de la red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Al acudir a un/a proveedor/a de la red, por lo general no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener los servicios cubiertos por nuestro plan

Nuestro plan incluye todos los servicios cubiertos por Medicare y la mayoría de los servicios de Medi-Cal. Esto incluye ciertos servicios de salud conductual y LTSS.

Por lo general, nuestro plan pagará los servicios de atención médica, de salud conductual y muchos LTSS que recibe cuando sigue nuestras normas. Para recibir la cobertura de nuestro plan:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto quiere decir que lo incluimos en nuestra Tabla de beneficios del **Capítulo 4** del *Manual para miembros*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por médicamente necesario, nos referimos a servicios importantes que son razonables y protegen la vida. La atención médicamente necesaria sirve para evitar que las personas se enfermen gravemente o queden incapacitadas y reduce el dolor intenso al tratar enfermedades, afecciones o lesiones.
- Para recibir servicios médicos, debe tener un/a **proveedor/a de atención primaria (PCP)** de la red que ordene la atención o le indique que consulte a otro/a médico/a. Como miembro del plan, debe elegir un/a proveedor/a de la red para que sea su PCP.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- En la mayoría de los casos, su PCP de la red o nuestro plan deben darle su aprobación antes de que pueda recurrir a un proveedor que no sea su PCP o a otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se denomina **recomendación**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios. Para obtener más información sobre las recomendaciones, consulte la Sección D de este capítulo.
- Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige a su PCP, también elige el grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo recomendará a especialistas y servicios que también estén afiliados con su grupo médico. Un grupo médico es un grupo de médicos/as o proveedores/as que tienen un acuerdo con nosotros para brindarle atención médica. Cuando consulta a un/a proveedor/a de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- No necesita una recomendación de su PCP para recibir atención de emergencia o atención de urgencia, para usar un/a proveedor/a de salud de la mujer o para cualquiera de los demás servicios mencionados en la sección D1 de este capítulo.
- **Debe recibir atención de proveedores de la red afiliados con el grupo médico de su PCP.** Por lo general, no cubriremos la atención de un/a proveedor/a que no trabaje con nuestro plan de salud y con el grupo médico de su PCP. Esto significa que tendrá que pagar al/a la proveedor/a en su totalidad por los servicios prestados. Estos son algunos casos en los que esta norma no se aplica:
 - Cubrimos atención de emergencia o de urgencia por parte de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección H** de este capítulo).
 - Si necesita atención que cubre nuestro plan y los/las proveedores/as de la red no pueden brindársela, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red. *Debe obtener autorización antes de buscar atención fuera de la red.* En esta situación, cubrimos la atención sin costo alguno para usted.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan por un breve período o cuando su proveedor no está disponible o no es accesible temporalmente. Puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare. Los gastos compartidos que paga por la diálisis nunca podrán exceder el gasto compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, sus gastos compartidos no pueden exceder los gastos compartidos que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios, dentro del área de servicio, de un proveedor fuera de la red, los gastos compartidos de la diálisis pueden ser mayores.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan, puede solicitar continuar usando sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si podemos establecer que usted tenía una relación existente con los/las proveedores/as. Consulte el **Capítulo 1** del *Manual para miembros*. Si aprobamos su solicitud, puede continuar usando los/las proveedores/as que usa ahora hasta por 12 meses para obtener servicios. Durante ese tiempo, su coordinador de atención se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red que estén afiliados con el grupo médico de su PCP. Después de 12 meses, dejaremos de cubrir su atención si continúa usando proveedores que no pertenecen a nuestra red y que no están afiliados con el grupo médico de su PCP.

Nuevos miembros de SCAN Connections: En la mayoría de los casos, usted estará inscrito/a en SCAN Connections para recibir sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de que solicite inscribirse en SCAN Connections. Es posible que siga recibiendo los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior por un mes más. Después de eso, recibirá los servicios de Medi-Cal a través de SCAN Connections. No habrá ninguna brecha en la cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

C. Su coordinador de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

Un/a coordinador/a de atención es un profesional de la salud capacitado que puede ayudarlo a acceder y administrar la atención que necesita. SCAN cuenta con un equipo dedicado de coordinadores/as de atención, llamado Línea de asistencia personal (PAL), que están disponibles para responder preguntas sobre sus beneficios de Medicare y Medicaid, y para ayudarlo a programar y coordinar la atención y los servicios que necesita.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención

Puede comunicarse con su coordinador de atención llamando al 1-866-722-6725. Otras formas de comunicarse con su coordinador de atención se detallan en la **Sección B del Capítulo 2**.

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención

Puede solicitar un coordinador de atención diferente llamando al 1-866-722-6725.

D. Atención de proveedores

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

Definición de PCP y lo que hace por usted

Proveedor de atención primaria (PCP): es el/la médico/a u otro/a proveedor/a a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

salud de Medicare, debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de ver a otro proveedor de atención primaria.

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Su PCP es un proveedor que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como explicamos más adelante, obtendrá atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro Plan. Por ejemplo, para ver a un especialista, generalmente necesitará la aprobación de su PCP (esto se llama "recomendación" a un especialista). Su PCP le proporcionará gran parte de la atención y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan.

Esto incluye:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención de proveedores que son especialistas
- Ingresos hospitalarios, y
- Atención médica de seguimiento

La "coordinación" de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención. Si necesita ciertos tipos de suministros o servicios cubiertos, debe obtener la aprobación por escrito de su PCP por adelantado (este es el caso de las recomendaciones a especialistas). En algunos casos, su PCP necesitará obtener la autorización previa (aprobación previa) de SCAN Health Plan o del grupo médico de su PCP. Dado que su PCP brindará su atención médica y la coordinará, debe enviar todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio del PCP.

Hay varios tipos de proveedores que pueden servir como su PCP. Estos incluyen: Medicina de familia, medicina general y medicina interna.

El PCP que usted elija

Para ver una lista de PCP disponibles, revise nuestro Directorio de proveedores y farmacias o visite nuestro sitio web en www.scanhealthplan.com. Después de que haya revisado la lista de proveedores disponibles en su área, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de la página para elegir su PCP.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si no elige un PCP dentro de los 30 días posteriores a su inscripción, SCAN Health Plan le asignará un PCP.

Su relación con su PCP es importante. Es por eso que le recomendamos encarecidamente que elija un PCP cerca de su hogar. Tener un PCP cerca hace que recibir atención médica y desarrollar una relación abierta y de confianza sea mucho más fácil. Es importante que programe su cita inicial de evaluación de salud con su nuevo PCP dentro de los 90 días posteriores a la inscripción.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Esto le proporciona a su PCP una línea de base de información para tratarlo.

Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan que utiliza para las recomendaciones. Esto significa que el PCP que usted elija puede determinar los especialistas que puede consultar.

Opción para cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje de estar en la red de nuestro plan. Si su PCP deja nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP dentro de nuestra red.

Si desea cambiar de PCP dentro de su grupo médico o Asociación de Médicos Independientes (IPA) contratados, este cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si desea cambiar de PCP a uno afiliado con un grupo médico o IPA contratados diferente, su solicitud debe recibirse antes del día 20 del mes. Cambiar su PCP a uno que está afiliado con un grupo médico diferente puede limitar los especialistas u hospitales específicos a los que ese PCP recomienda (es decir, los círculos de recomendación y la subred). Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que se encuentra al final de la página.

Cuando llame, infórmele a Servicios para Miembros si está consultando a especialistas o si está recibiendo otros servicios cubiertos que requieran la aprobación del PCP (por ejemplo, servicios de atención médica a domicilio y equipos médicos duraderos). Servicios para Miembros confirmará si el proveedor especialista forma parte del grupo médico o de la Asociación de Médicos Independientes (IPA) que usted eligió y se asegurará de que pueda continuar recibiendo la atención especializada y los demás servicios que ha estado recibiendo. También verificará que el PCP al que desea cambiar acepte a nuevos pacientes.

Servicios para Miembros le comunicará cuándo entrará en vigencia el cambio a su nuevo PCP. También le enviarán una nueva tarjeta de identificación con el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP.

Algunas veces, un/a proveedor/a de la red que utiliza puede dejar el plan. Si esto sucede, tendrá que cambiar a otro proveedor que forme parte de nuestro plan. Puede llamar a Servicios para Miembros para que lo ayuden a buscar y elegir otro proveedor o nosotros elegiremos otro PCP para usted dentro del grupo médico o Asociación de médicos independientes (IPA) contratados. Siempre tiene la opción de llamarnos para cambiar su PCP si no está satisfecho/a con el PCP que hayamos elegido para usted.

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP

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

- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o fuera de la red
- Atención de urgencia proporcionada por proveedores de la red



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Atención de urgencia proporcionada por proveedores fuera de la red cuando no puede visitar a un/a proveedor/a de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan)

Nota: La atención de urgencia debe ser inmediata y médicamente necesaria.

- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan. Si llama a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio, podemos ayudarle a recibir diálisis mientras está fuera.
- Vacunas contra la influenza y la COVID-19, así como vacunas contra la hepatitis B y la neumonía.
- Atención médica de rutina para la mujer. Esto incluye exámenes mamarios, mamogramas de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atienda con un/a proveedor/a de la red.
- Además, si es miembro indígena americano, puede obtener servicios cubiertos de un/a proveedor/a de atención médica para indígenas de su elección, sin necesidad de una recomendación de un/a PCP de la red ni autorización previa.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un/a especialista es un/a médico/a que brinda atención médica para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas, tales como:

- Oncólogos/as: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos/as: tratan a los pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopedistas: tratan a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Una recomendación por escrito puede ser para una única consulta o puede ser una recomendación permanente para más de una consulta si necesita servicios continuos. Debemos darle una recomendación permanente a un especialista calificado de la red para cualquiera de estas afecciones:

- una condición crónica (continua);
- una enfermedad mental o física potencialmente mortal;
- una discapacidad o enfermedad degenerativa;
- cualquier otra afección o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento por parte de un especialista.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Si no obtiene una recomendación por escrito cuando la necesita, es posible que la factura no se pague. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número que se encuentra al final de esta página.

Si no podemos encontrarle un/a proveedor/a de la red del plan calificado, estamos obligados a darle una autorización de servicio permanente para un especialista calificado para cualquiera de estas afecciones:

- una condición crónica (continua);
- una enfermedad mental o física potencialmente mortal;
- una discapacidad o enfermedad degenerativa;
- cualquier otra afección o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento por parte de un especialista.

Si no obtiene una autorización de servicio de nuestra parte cuando sea necesario, es posible que la factura no se pague. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono impreso al final de esta página.

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan

Un/a proveedor/a de la red que usted utilice puede dejar nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos siempre que usted esté asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si lo ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que continúe satisfaciendo sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo terapias o tratamiento médicos con su proveedor actual, tiene derecho a pedir que el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo continúen, y nos aseguraremos de colaborar con usted para esto.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red accesible para usted, estamos obligados a encontrar un especialista fuera de la red para que le brinde atención cuando los/las proveedores/as o beneficios dentro de la red no estén disponibles o sean inadecuados para satisfacer sus necesidades médicas. Es posible que se apliquen criterios sobre autorización previa.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención médica ante la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención o ambas. (Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**, Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, podemos ayudarle a encontrar un/a nuevo/a proveedor/a y a administrar su atención. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono impreso al final de esta página.

D4. Proveedores fuera de la red

SCAN Connections no cubre los servicios prestados fuera de la red, excepto los siguientes:

- Atención de emergencia o servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red, esto incluye cobertura mundial.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare o Medi-Cal (Medicaid) exige que nuestro plan cubra, pero los/las proveedores/as de nuestra red no la pueden prestar, puede obtenerla de un proveedor que no pertenezca a la red. Para este tipo de recomendaciones, debe obtener autorización antes de recibir atención. Su PCP puede ayudarle a obtener la autorización. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un/a proveedor/a de la red. Si no cuenta con una autorización previa antes de recibir los servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que usted tenga que pagar por estos servicios.
- Servicios de diálisis renal cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio o tiene autorización previa.

Para obtener información sobre este tema, consulte la Sección D1 de este capítulo. Para obtener información sobre estos lugares de servicio, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que se encuentra al final de esta página.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare o Medi-Cal.

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Medi-Cal.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

- Si utiliza un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los/Las proveedores/as deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los LTSS ayudan a las personas que necesitan asistencia para realizar las tareas cotidianas como bañarse, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se brindan en el hogar o en la comunidad y, para muchas personas mayores, brindan la ayuda adicional necesaria para permanecer fuera de un centro de convalecencia. Los LTSS pueden incluir lo siguiente:

- Servicios comunitarios para adultos (CBAS), previamente conocidos como Atención médica diurna para adultos
- Comidas a domicilio
- Personal de servicios domésticos
- Suministros para la incontinencia y la higiene
- Suplementos nutricionales
- Alivio para el cuidador en el hogar
- Nivel de atención custodial para pacientes internados
- Servicios de atención personal
- Selección del equipo de seguridad para el baño
- Servicios de acompañante para el transporte

Debe ser elegible para calificar para LTSS. Se requiere una evaluación anual en el hogar. Una vez que esté inscrito/a en LTSS, debe aceptar recibir su atención personal y los servicios de tareas domésticas relacionados directamente de SCAN Health Plan. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta sobre LTSS, llame al número de teléfono que aparece al final de esta página para que podamos ayudarle.

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por uso de sustancias)

Tiene acceso a servicios de salud conductual médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a servicios de salud conductual cubiertos por la atención administrada de Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan proporciona servicios de Medi-Cal de especialidad para la salud mental y trastornos por uso de sustancias provistos en el condado a través de cada agencia de servicios de salud conductual del condado.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

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

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están a su disposición a través del plan de salud mental del condado (MHP) siempre que cumpla con los criterios para acceder a servicios especializados de salud mental. Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal proporcionados por los condados de Los Angeles, Riverside, San Bernardino y San Diego incluyen los siguientes:

- Servicios de salud mental
- Servicios de apoyo relacionados con medicamentos
- Tratamiento intensivo diurno
- Rehabilitación diurna
- Intervención en situaciones de crisis
- Estabilización en situaciones de crisis
- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial en situaciones de crisis
- Servicios en un centro de salud psiquiátrica
- Servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes internados
- Gestión específica de casos
- Servicios conductuales terapéuticos
- Coordinación de cuidados intensivos
- Servicios intensivos en el hogar



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Los servicios de Medi-Cal o del Sistema de entrega organizada de medicamentos de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental del condado si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de medicamentos de Medi-Cal proporcionados por los condados de Los Angeles, Riverside, San Bernardino y San Diego incluyen los siguientes:

- Servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- Tratamiento residencial perinatal para el trastorno por consumo de sustancias
- Servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- Programa de tratamiento de narcóticos
- Medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamados tratamiento asistido por medicamentos)

Los servicios del Sistema de Entrega Organizada de medicamentos de Medi-Cal incluyen los siguientes:

- Servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- Servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- Servicios de hospitalización parcial
- Medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamados tratamiento asistido por medicamentos)
- Servicios de tratamiento residencial
- Servicios de gestión de retiros
- Programa de tratamiento de narcóticos
- Servicios de recuperación
- Coordinación de la atención

Además de los servicios mencionados anteriormente, puede tener acceso a servicios voluntarios de desintoxicación para pacientes hospitalizados si cumple con los criterios.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

G. Servicios de transporte

G1. Transporte médico en situaciones que no son de emergencia

Tiene derecho a transporte médico que no sea de emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, autobús o taxi para ir a sus citas. Se puede proporcionar transporte médico que no sea de emergencia para los servicios cubiertos, como citas médicas, dentales, de salud mental, por uso de sustancias y con farmacias. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, puede hablar con su proveedor de transporte de SCAN y solicitarlo. Su proveedor de transporte de SCAN decidirá el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, se lo recetarán completando un formulario y enviándolo a SCAN Connections para su aprobación. Dependiendo de su necesidad médica, la aprobación puede ser válida durante un año. Su proveedor de transporte de SCAN volverá a evaluar su necesidad de transporte médico que no sea de emergencia para volver a aprobarla cada 12 meses.

El transporte médico que no es de emergencia puede ser una ambulancia, camioneta adaptada, una camioneta para silla de ruedas o transporte aéreo. SCAN Connections ofrece el modo de transporte cubierto de menor costo y el transporte médico más adecuado que no sea de emergencia para sus necesidades médicas cuando necesite transporte a su cita. Por ejemplo, si puede ser transportado/a física o médicamente en una camioneta para silla de ruedas, SCAN Connections no pagará una ambulancia. Solo tiene derecho al transporte aéreo si su afección médica hace imposible cualquier forma de transporte terrestre.

Se debe usar transporte médico que no sea de emergencia cuando:

- Lo necesita física o médicamente, según lo determine la autorización por escrito de su PCP o proveedor de transporte de SCAN, ya que no puede usar un autobús, taxi, automóvil o camioneta para llegar a su cita.
- Necesita ayuda del conductor hacia y desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental.

Para solicitar transporte médico que su médico/a le recetó para **citas de rutina** que no sean urgentes, llame al transporte de SCAN al 1-844-714-2218 por lo menos

- 24 horas hábiles antes (sin incluir los fines de semana) para transporte ambulatorio de acera a acera y viaje compartido;
- 48 horas hábiles antes (sin incluir los fines de semana) para el transporte puerta a puerta en camioneta para silla de ruedas; o
- 72 horas hábiles antes (sin incluir los fines de semana) para transporte puerta a puerta en camilla.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

El servicio de transporte de SCAN está disponible para hacer reservaciones de viajes de 6:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora estándar del Pacífico), de lunes a viernes. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Límites del transporte médico

SCAN Connections cubre el transporte médico de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. No se proporcionará transporte médico si Medicare o Medi-Cal no cubren el servicio. Si el tipo de cita está cubierto por Medi-Cal, pero no a través del plan de salud, SCAN Connections lo ayudará a programar su transporte. En el Capítulo 4 de este manual encontrará una lista de los servicios cubiertos. El transporte no está cubierto fuera de la red o área de servicio de SCAN Connections a menos que esté preautorizado o relacionado con situaciones de atención de emergencia a nivel mundial.

G2. Transporte que no es por motivos médicos

Los beneficios de transporte que no es por motivos médicos incluyen los traslados hacia y desde sus citas para un servicio autorizado por su proveedor. Puede obtener transporte, sin costo para usted, en las siguientes situaciones:

- Para viajar hacia y desde una cita para un servicio autorizado por su proveedor, o
- Para recoger recetas y suministros médicos.

SCAN Connections le permite utilizar un automóvil, taxi, autobús u otra forma pública/privada de acudir a su cita que no sea médica para recibir los servicios autorizados por su proveedor. SCAN Connections utiliza SafeRide Health para organizar el transporte no relacionado con temas de salud. Cubrimos el tipo de transporte no necesario por motivos médicos de menor costo que satisfaga sus necesidades.

A veces, se le pueden reembolsar los viajes en un vehículo privado que usted organice. SCAN Connections debe aprobar esto **antes** de que realice el viaje, y debe justificar por qué no puede transportarse utilizando otro medio, como el autobús. Puede comunicárnoslo llamándonos o enviándonos un correo electrónico, o en persona. **No se le puede reembolsar por conducir usted mismo.**

El reembolso de millas requiere todo lo siguiente:

- La licencia de conducir del conductor.
- El registro del vehículo del conductor.
- Comprobante de seguro de automóvil para el conductor.

Para solicitar transporte para servicios que han sido autorizados, llame al proveedor de transporte de SCAN al 1-844-714-2218 por lo menos



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- 24 horas hábiles antes (sin incluir los fines de semana) para transporte ambulatorio de acera a acera y viaje compartido;
- 48 horas hábiles antes (sin incluir los fines de semana) para el transporte puerta a puerta en camioneta para silla de ruedas; o
- 72 horas hábiles antes (sin incluir los fines de semana) para transporte puerta a puerta en camilla.

El servicio de transporte de SCAN está disponible para hacer reservaciones de viajes de 6:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora estándar del Pacífico), de lunes a viernes. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Nota: Los miembros de pueblos originarios de Estados Unidos pueden comunicarse con la clínica local de salud para pueblos originarios para solicitar transporte que no es por motivos médicos.

Límites del servicio de transporte que no es por motivos médicos

El servicio de transporte de SCAN proporciona el medio de transporte no necesario por motivos médicos de menor costo que satisfaga sus necesidades para ir desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. **No puede conducir usted mismo ni recibir un reembolso directo.**

El servicio de transporte que no es por motivos médicos **no** se aplica si:

- Se necesita una ambulancia, camioneta adaptada, camioneta para silla de ruedas u otra forma de transporte médico que no sea de emergencia para llegar a un servicio.
- Necesita asistencia del conductor hacia y desde 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 la ayuda del conductor.
- El servicio no está cubierto por Medicare ni Medi-Cal.

H. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesite con urgencia o durante un desastre.

H1. Atención en caso de emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resulte en:



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- un riesgo grave para su salud; o
- daños graves a las funciones corporales; o
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita la aprobación ni una recomendación de su PCP. No es necesario que utilice un/a proveedor/a de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de EE. UU., sus territorios, y en todo el mundo de cualquier proveedor/a con una licencia estatal apropiada.
- **Tan pronto como sea posible, informe a nuestro plan acerca de su emergencia.** Haremos un seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguien más debe llamarnos para informarnos sobre los servicios de atención de emergencia que haya recibido, idealmente, dentro de las 48 horas. Sin embargo, no pagará por los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página o en el reverso de su tarjeta de identificación de SCAN.

Servicios cubiertos en caso de una emergencia médica

SCAN Connections cubre servicios de atención médica de emergencia en todo el mundo siempre y cuando usted cumpla con la definición de emergencia médica anterior (consulte la sección H1).

Los servicios de atención de emergencia a nivel mundial no están cubiertos por Original Medicare y se consideran un beneficio complementario.

Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** del *Manual para miembros*.

Los/Las proveedores/as que le brindan atención de emergencia deciden cuándo se encuentra estable y finaliza la emergencia médica. Continuarán tratándolo y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención médica de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su atención médica de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de que los/las proveedores/as de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible.

Obtener atención de emergencia si no fue una emergencia

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que reciba atención de emergencia y que el/la médico/a diga que en realidad no fue



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

una emergencia. Siempre y cuando usted piense razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Después de que el/la médico/a determine que no se trataba de una emergencia, cubriremos su atención adicional solo si:

- Utiliza un/a proveedor/a de la red **o**
- La atención adicional que reciba se considere "atención de urgencia" y usted siga las normas para obtenerla. Consulte la siguiente sección.

Si recibe servicios de emergencia o de urgencia fuera de EE. UU. o sus territorios, generalmente deberá pagar la factura en el momento en que reciba los servicios. La mayoría de los/las proveedores/as extranjeros no son elegibles para recibir reembolsos directos de Medicare o SCAN, ni aceptarán reembolsos de Medicare o SCAN y le pedirán que pague por los servicios directamente. Es su responsabilidad proporcionar a SCAN una factura o recibo escrito y detallado que muestre los servicios específicos que se le brindaron. Envíenos una copia de la factura o del recibo detallado para que le reembolsemos los servicios cubiertos **según las tasas de reembolso de Original Medicare**, menos los gastos compartidos por los servicios que recibió. Debe estar preparado para ayudarnos a obtener cualquier información adicional necesaria para procesar adecuadamente su solicitud de reembolso, incluidos los expedientes médicos.

Una póliza de seguro médico de viaje lo puede proteger de pagar gastos médicos de bolsillo más altos por servicios no cubiertos por su plan de salud y puede cubrir los gastos médicos imprevistos incurridos mientras viaja internacionalmente. Se recomienda comprar una póliza de seguro médico de viaje antes de viajar fuera del país.

La cobertura de atención de emergencia y urgencia a nivel mundial no está cubierta por Original Medicare y se considera un beneficio complementario. SCAN reembolsará los servicios de atención de emergencia y urgencia cubiertos fuera de la red y fuera de EE. UU. y sus territorios **según las tasas de reembolso de Original Medicare**. Usted será responsable de cualquier costo que exceda lo que Original Medicare pagaría, menos los gastos compartidos por los servicios que recibió.

H2. Atención de urgencia

La atención de urgencia es la atención que recibe para una situación que no es una emergencia pero que necesita atención inmediata. Por ejemplo, podría tener un brote de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención de urgencia solo en los siguientes casos:

- Recibe esta atención de un/a proveedor/a de la red **y**
- Sigue las normas descritas en este capítulo.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Si no es posible o razonable acudir a un/a proveedor/a de la red, dado el momento, lugar o las circunstancias, cubrimos la atención de urgencia que reciba de un/a proveedor/a fuera de la red.

Puede acceder a los servicios de urgencia de las siguientes cuatro (4) maneras:

1. Mediante una visita en persona a un centro de atención de urgencia.
 - Si bien puede ir a cualquier centro de atención de urgencia, debe ir al centro de atención de urgencia con el que trabaja su médico/a cuando se encuentre en el área de servicio de su plan. Pídale a su médico/a una lista de los centros de atención de urgencia con los que trabaja antes de que deba ir a uno.
2. Mediante una visita telefónica usando la Línea de asesoramiento de enfermería a un copago de \$0. Consulte la Línea de asesoramiento de enfermería de la Tabla de beneficios del **Capítulo 4** del *Manual para miembros*.
3. Una consulta virtual si la ofrece su grupo médico (pagará el copago de la visita al consultorio por una visita virtual). Pregúntele a su médico/a si se ofrecen visitas virtuales y cómo acceder a ellas antes de necesitarla.
4. Una consulta virtual de telesalud de atención de urgencia a un copago de \$0. Consulte telesalud de atención de urgencia en la sección Servicios de telesalud en la Tabla de beneficios del **Capítulo 4** del *Manual para miembros*.

Atención de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda recibir atención de un/a proveedor/a de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor/a.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: Servicios de emergencia, incluida la atención de emergencia o de urgencia, y el transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso a Estados Unidos desde otro país **no** está cubierto. **No** se cubren los tratamientos programados y planificados previamente (incluida la diálisis crónica) para cualquier afección conocida actual o procedimientos electivos. No se cubren los tratamientos programados y planificados previamente (incluida la diálisis crónica) para cualquier afección conocida actual o procedimientos electivos. Cualquier atención médica de seguimiento, incluida la atención posterior, la rehabilitación, las visitas al/a médico/a y la estadía en un centro de enfermería especializada, **no** se considera atención de emergencia o de urgencia y **no** está cubierta.

Si recibe servicios de emergencia o de urgencia fuera de EE. UU. o sus territorios, generalmente deberá pagar la factura en el momento en que reciba los servicios. La mayoría de los/las proveedores/as extranjeros no son elegibles para recibir reembolsos directos de Medicare o SCAN, ni aceptarán reembolsos de Medicare o SCAN y le pedirán que pague por los servicios directamente. Solicite una factura o recibo escrito y detallado que muestre los servicios específicos que recibió. Envíenos una copia de la factura o del recibo detallado para que le reembolsemos los servicios cubiertos **según las tasas de reembolso de Original Medicare**, menos los gastos compartidos por los servicios que recibió. Debe estar preparado



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

para ayudarnos a obtener cualquier información adicional necesaria para procesar adecuadamente su solicitud de reembolso, incluidos los expedientes médicos.

Una póliza de seguro médico de viaje lo puede proteger de pagar gastos médicos de bolsillo más altos por servicios no cubiertos por su plan de salud y puede cubrir los gastos médicos imprevistos incurridos mientras viaja internacionalmente. Se recomienda comprar una póliza de seguro médico de viaje antes de viajar fuera del país.

La cobertura de atención de emergencia y urgencia a nivel mundial no está cubierta por Original Medicare y se considera un beneficio complementario. SCAN reembolsará los servicios de atención de emergencia y urgencia cubiertos fuera de la red fuera de EE. UU. y sus territorios a **las tasas de reembolso de Original Medicare**. Usted será responsable de cualquier costo que exceda lo que Original Medicare pagaría, menos los gastos compartidos por los servicios que recibió.

H3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de California, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o el presidente del país declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención a través de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: www.scanhealthplan.com.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un/a proveedor/a de la red, puede obtener atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir los medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual para miembros* para obtener más información.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

I. Qué hacer si le dan la factura directamente por los servicios cubiertos por nuestro plan

Si un/a proveedor/a le envía una factura en lugar de mandarla a nuestro plan, debe pedirnos que la paguemos.

No debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que no podamos devolverle el dinero.

Si pagó por los servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** del *Manual para miembros* para averiguar qué hacer.

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determinen médicamente necesarios, **y**
- que se encuentran en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** del *Manual para miembros*), **y**
- que obtiene al seguir las normas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **paga el costo total**, a menos que esté cubierto por otro programa de Medi-Cal por fuera de nuestro plan.

Si desea saber si pagamos por algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si le decimos que no pagaremos por los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** del Manual para miembros explica qué hacer si desea que cubramos un servicio o artículo médico. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos por algunos servicios hasta cierto límite. Si supera el límite, paga el costo total para recibir más de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** del *Manual para miembros* para conocer los límites de beneficios específicos. Llame a Servicios para Miembros para averiguar cuáles son los límites de beneficios y cuántos de los beneficios usó.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

J. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica

J1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado prueba clínica) es una forma en que los/las médicos/as prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare generalmente solicita que participen voluntarios/as en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que usted desea participar, y usted muestra interés, alguien que trabaja en el estudio se comunica con usted. Esa persona le brinda información sobre el estudio y averigua si usted califica para participar. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con las condiciones requeridas. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Mientras esté en el estudio, puede seguir inscrito/a en nuestro plan. De esa manera, nuestro plan continúa cubriéndole servicios y atención que no estén relacionados con el estudio.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** es necesario que nos informe esto ni que el PCP lo apruebe. **No** es necesario que los/las proveedores/as que brindan atención como parte del estudio sean proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, una prueba clínica o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados conforme las determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de pruebas (NCD-CED) y ensayos de exención de dispositivos de investigación (IDE) y pueden estar sujetos a una autorización previa y a otras normas del plan.

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

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los afiliados de Original Medicare, le recomendamos a usted o al coordinador de atención que se comuniquen con Servicios para Miembros para informarnos que participará en una prueba clínica.

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

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no paga nada por los servicios cubiertos en el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina asociados con la atención. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio. Esto incluye:

- alojamiento y comida para una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación de la nueva atención

Si usted forma parte de un estudio que Medicare **no** aprobó, paga cualquier costo por participar en el estudio.

J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica si lee "Medicare y estudios de investigación clínica" en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

K. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa que no provee servicios médicos

K1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria que no provee servicios médicos

Una institución religiosa de atención sanitaria que no provee servicios médicos es un lugar que brinda la atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada es contrario a sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa de atención sanitaria que no provee servicios médicos.

Este beneficio es solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A de Medicare (servicios de atención sanitaria no médicos).

K2. Atención de una institución religiosa de atención sanitaria que no provee servicios médicos

Para obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria que no provee servicios médicos, debe firmar un documento legal que diga que está en contra de recibir tratamiento médico "no exceptuado".

- El tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier atención **voluntaria y no requerida** por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" es cualquier atención que **no sea voluntaria y sea requerida** por las leyes federales, estatales o locales.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria que no provee servicios médicos debe cumplir las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro, o la estadía **no** estará cubierta.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Tiene cobertura de hasta 90 días por período de beneficios de un proveedor de atención sanitaria religioso no médico. Pagará el mismo costo compartido que la atención hospitalaria para pacientes internados. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 del *Manual para miembros*.

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

El DME incluye ciertos artículos médicamente necesarios solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital indicadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos para la generación del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre posee ciertos artículos, como prótesis.

En esta sección, analizamos el DME que alquila. Como miembro de nuestro plan, **no** será propietario del DME, sin importar cuánto tiempo lo alquile.

Incluso si tuvo DME durante hasta 12 meses consecutivos con Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, **no** será propietario del equipo.

L2. Propiedad del DME si se cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se convierten en propietarios después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de poseerlo.

Nota: Puede encontrar las definiciones de los planes Original Medicare y MA en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare y Usted 2025 (Medicare & You 2025)*. Si no tiene una copia de este folleto, puede conseguirla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si Medi-Cal no es elegido, tendrá que realizar 13 pagos seguidos conforme a Original Medicare, o tendrá que hacer el número de pagos en un orden establecido por el plan MA, para ser propietario del artículo de DME si:

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



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Si realizó pagos por el artículo DME en Original Medicare o en un plan MA antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos del plan Original Medicare o MA no se tienen en cuenta para los pagos que debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Tendrá que hacer 13 pagos nuevos seguidos conforme a Original Medicare o ciertos pagos nuevos en un orden establecido por el plan MA para ser el propietario del artículo DME.
- No hay excepciones a esto cuando regresa a Original Medicare o a un plan MA

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

Si reúne los requisitos para un equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubrimos:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

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

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

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **deja nuestro plan y cambia a Original Medicare**, se lo alquila a un proveedor por 36 meses. Los pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo por 36 meses**, el proveedor debe proporcionar:

- Servicios, suministros y equipo de oxígeno por otros 24 meses
- Equipo y suministros de oxígeno por hasta 5 años si es médicamente necesario

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

- El proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y puede optar por obtener equipos de reemplazo de cualquier proveedor/a.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted alquila a un proveedor por 36 meses.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

- Entonces, el proveedor proporciona los servicios, los suministros y el equipo de oxígeno durante otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada 5 años, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y cambia a otro plan MA**, el plan cubrirá al menos lo que incluye Original Medicare. Puede preguntarle al nuevo plan MA qué equipo y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán los costos.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y cualquier restricción o límite de esos servicios. También le informa sobre los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones están ordenados de forma alfabética en el último capítulo de su *Manual para miembros*.

Nuevos miembros de SCAN Connections: En la mayoría de los casos, usted estará inscrito/a en SCAN Connections para recibir sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de que solicite inscribirse en SCAN Connections. Es posible que siga recibiendo los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior por un mes más. Después de eso, recibirá los servicios de Medi-Cal a través de SCAN Connections. No habrá ninguna brecha en la cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Tabla de contenidos

A. Sus servicios cubiertos	73
A1. Durante emergencias de salud pública.....	73
B. Normas contra los/las proveedores/as que le cobran por los servicios	73
C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan	73
D. Tabla de beneficios de nuestro plan	76
E. Información importante sobre el beneficio de transporte de rutina	135
F. Apoyos comunitarios.....	136
G. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	138
G1. Transiciones Comunitarias de California (CCT).....	151
G2. Programa dental de Medi-Cal.....	151
G3. Cuidados para enfermos terminales.....	152
G4. Servicios de salud conductual del condado proporcionados fuera de nuestro plan (servicios para la salud mental y para trastornos por el uso de sustancias)	153
H. Beneficios que no están cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medi-Cal	155



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo brinda información sobre los servicios que cubre nuestro plan. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de los medicamentos se encuentra en **el Capítulo 5** de su *Manual para miembros*.

Como recibe asistencia de Medi-Cal, no paga nada por los servicios cubiertos, siempre y cuando siga las normas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** del Manual para miembros para obtener información sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a Servicios para Miembros al 1-866-722-6725.

A1. Durante emergencias de salud pública

Durante las emergencias de salud pública, la forma de acceder a sus beneficios puede ser diferente. SCAN publicará información e instrucciones actualizadas en nuestro sitio web (www.scanhealthplan.com) o puede llamar a SCAN al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más detalles.

B. Normas contra los/las proveedores/as que le cobran por los servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen servicios cubiertos por la red. Pagamos a los/las proveedores/as directamente y evitamos que usted tenga que pagar algo. Esto es así aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si le sucede, consulte el **Capítulo 7** del *Manual para miembros* o llame a Servicios para Miembros.

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios indica los servicios que paga nuestro plan. Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica. Para encontrar un servicio en la tabla, también puede utilizar el índice al final del capítulo.

Pagamos los servicios enumerados en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes normas. Usted **no** paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos descritos a continuación.

- Brindamos servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal de acuerdo con las normas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios que incluyen atención médica, salud conductual y servicios de uso de sustancias, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, equipos y medicamentos deben ser "medicamento necesarios". Medicamento necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

afección médica o para mantener el estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que vaya a un hospital o residencia para personas mayores. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- Para los/las nuevos/as inscritos/as, el plan debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el que el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso del tratamiento era para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe atención de un/a proveedor/a de la red. Un/a proveedor/a de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de una atención de emergencia o urgencia, o que el plan o un/a proveedor/a de la red le hayan dado una recomendación. El **Capítulo 3** del *Manual para miembros* tiene más información sobre el uso de proveedores que están en la red y los que están fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y gestiona la atención. En la mayoría de los casos, el PCP debe darle su aprobación antes de que pueda recurrir a un proveedor que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina recomendación. El **Capítulo 3** del *Manual para miembros* contiene más información sobre cómo obtener una recomendación y cuándo **no** la necesita.
- Cubrimos algunos servicios enumerados en la Tabla de beneficios solo si su médico/a u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA). Marcamos los servicios cubiertos en la Tabla de beneficios que necesitan PA con "Se aplican normas sobre autorización previa".
- Si su plan proporciona la aprobación de una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura, su historia clínica y las recomendaciones del proveedor tratante.
- Si pierde sus beneficios de Medi-Cal, dentro del período de 3 meses de elegibilidad continuada determinada, sus beneficios de Medicare en este plan continuarán. Sin embargo, es posible que su servicio de Medi-Cal no esté cubierto. Comuníquese con la oficina de elegibilidad de su condado o con Health Care Options para obtener información sobre su elegibilidad para Medi-Cal. Puede conservar sus beneficios de Medicare, pero no sus beneficios de Medi-Cal.

"Beneficios suplementarios especiales para personas con afecciones crónicas (SSBCI)":

Información importante sobre beneficios para miembros con ciertas afecciones crónicas

- Si tiene las siguientes afecciones crónicas y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para beneficios adicionales:
 - Cáncer



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Trastornos cardiovasculares
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Demencia
- Diabetes
- Enfermedad renal/del hígado en etapa terminal
- Trastornos neurológicos
- Dependencia crónica al alcohol o a drogas
- Trastornos autoinmunes
- Trastornos hematológicos graves
- Trastornos pulmonares crónicos
- Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Accidente cerebrovascular
- Para determinar si es elegible para recibir beneficios adicionales, el proveedor completará una confirmación de diagnóstico o SCAN realizará una evaluación de salud de las necesidades crónicas de salud.
- Consulte la fila "Ayuda con ciertas afecciones crónicas" de la Tabla de beneficios para obtener más información.
- Comuníquese con nosotros para obtener información adicional.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

- **Apoyos comunitarios:** Los apoyos comunitarios pueden estar disponibles en el plan de atención médica personalizado. Los apoyos comunitarios son servicios o entornos alternativos médicamente apropiados y rentables. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si reúne los requisitos, estos servicios pueden ayudarle a vivir de manera más independiente. No reemplazan los beneficios que ya tiene gracias a Medi-Cal. Si necesita ayuda o desea saber qué apoyos comunitarios pueden estar disponibles para usted, llame a Servicios para Miembros (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o llame a su proveedor de atención médica.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
 <p>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Pagamos por una prueba de ultrasonido única para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una recomendación para ella de médico/a, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>
<p>Acupuntura (cubierta por Medicare)</p> <p>Pagamos hasta dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios en cualquier mes calendario, o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios.</p> <p>También pagamos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, definido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con una duración de 12 semanas o más; • inespecífico (no tiene una causa sistémica identificable, como no asociada con enfermedades metastásicas, inflamatorias o infecciosas); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Además, pagamos por ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si muestra mejoría. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos anuales de acupuntura para el dolor lumbar crónico.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o empeora.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios de acupuntura (de rutina/no cubiertos por Medicare)*</p> <p>Los servicios de acupuntura cubren atención de rutina necesaria. Debe utilizar proveedores del plan contratados. Tiene cobertura de hasta 36 consultas al año para servicios de acupuntura.</p> <p>No necesita una recomendación para una consulta inicial de acupuntura. Cualquier consulta posterior requiere autorización previa.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>
<p> Prueba de detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol</p> <p>Pagamos una prueba de detección de abuso de alcohol (SABIRT) para adultos que abusan de esta sustancia pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personales al año (si puede y está conciente durante el asesoramiento) con un proveedor de atención primaria (PCP) o profesional calificado en un entorno de atención primaria.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, sean por una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea (avión y helicóptero). La ambulancia lo/a llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida.</p> <p>Debemos aprobar los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia). En los casos que no son emergencias, podemos pagar por una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa para el servicio de ambulancia que no sea de emergencia</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	<p>Examen físico anual*</p> <p>Tiene cobertura para un examen físico de rutina al año. Este examen incluye servicios de análisis de laboratorio según sean necesarios.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	\$0
	<p>Consulta anual de bienestar</p> <p>Puede hacerse un chequeo anual. Esto es para hacer un plan de prevención o actualizarlo basado en los factores de riesgo actuales. Pagamos por esto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de haber recibido consulta de Bienvenido a Medicare. No obstante, no es necesario haber realizado la consulta Bienvenido a Medicare para acceder a las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	\$0
	<p>Servicios preventivos para el asma</p> <p>Puede recibir educación sobre el asma y una evaluación del entorno en el hogar para ver los desencadenantes que se encuentran comúnmente en el hogar para las personas con asma mal controlada.</p>	\$0
	<p>Medición de la masa ósea</p> <p>Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que reúnen los requisitos (por lo general, alguien con riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran la pérdida ósea o descubren la calidad ósea.</p> <p>Pagamos por los servicios una vez cada 24 meses, o con mayor frecuencia si es médicamente necesario. También pagamos para que un/a médico/a vea y comente los resultados.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
 <p>Prueba de detección del cáncer de mama (mamografía)</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de detección cada 12 meses • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses. 	<p>\$0</p> <p>No necesita una recomendación para una mamografía de detección anual en su red (1 examen cada 12 meses).</p> <p>La mamografía de detección de rutina no incluye imágenes por resonancia magnética (MRI).</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>Pagamos por servicios de rehabilitación cardíaca como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones y contar con una recomendación médica.</p> <p>También cubrimos programas de rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>
 <p>Consulta para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (corazón) (tratamiento para las enfermedades cardíacas)</p> <p>Pagamos por una consulta al año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedad cardíaca. Durante la consulta, el médico/la médica puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • debatir sobre el uso de aspirina, • controlarle la presión arterial, o • darle consejos para asegurarse de que está comiendo bien. 	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
 <p>Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares (corazón)</p> <p>Pagamos por análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también verifican si hay defectos debido al alto riesgo de enfermedad cardíaca.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>
<p>Administración de la atención*</p> <p>Un equipo de profesionales de atención médica está listo para ayudarle a manejar los problemas de salud. Un administrador de la salud puede trabajar con usted de las siguientes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a manejar los problemas de salud. • Crea con usted un plan de atención médica especializada para los problemas de salud. • Trabaja con los especialistas en su equipo para obtener la mejor atención para su problema de salud. • Le ayuda a entender su atención durante una hospitalización. • Le proporciona la atención que usted pueda necesitar al moverse entre un hospital, un centro de atención médica especializada o la asistencia en el hogar después de una hospitalización. • Realiza todos los arreglos para sus necesidades especiales. Esto puede incluir transporte, equipo médico duradero, infusiones y atención en el hogar. <p>Su administrador de la salud le ayudará a aprender más sobre sus problemas de salud y le dará consejos sobre cómo mantenerse sano. Algunos consejos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le ayudará a encontrar una dieta que le funcione. • Le ayudará a entender los medicamentos y cómo debe tomarlos correctamente. • Le enseñará a estar activo. • Le ayudará a comprender pruebas de detección y análisis importantes que pueden ayudarle a evitar complicaciones de salud. <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
 <p>Prueba de detección del cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para las mujeres que tienen un alto riesgo de sufrir cáncer de cuello de útero o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses <p>Para las mujeres que han obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años y están en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • para mujeres de 30 a 65 años: prueba del virus del papiloma humano (VPH) o prueba de Papanicolaou más VPH una vez cada 5 años 	<p>\$0</p> <p>No necesita una recomendación para una consulta de atención preventiva de rutina con un obstetra/ginecólogo dentro de su red.</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>
<p>Servicio de atención quiropráctica (cubiertos por Medicare)</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios para la columna vertebral para corregir la alineación 	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>
<p>Servicios quiroprácticos (de rutina/no cubiertos por Medicare)*</p> <p>Los servicios quiroprácticos de rutina cubren atención de rutina necesaria.</p> <p>Tiene cobertura de hasta 30 consultas al año para los servicios quiroprácticos de rutina. Debe usar el quiropráctico de rutina contratado de SCAN Health Plan.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p> <p>No necesita una recomendación para una consulta quiropráctica inicial. Cualquier consulta posterior requiere autorización previa.</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>
<p>Comidas para afecciones crónicas*</p> <p>Consulte el beneficio "Soluciones para cuidadores/as" más adelante en esta tabla.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p> Prueba de detección del cáncer</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite mínimo o máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con alto riesgo después de una colonoscopia o enema de bario previo. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen un alto riesgo después de una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes con alto riesgo en el último enema de bario o sigmoidoscopia flexible. • Pruebas de detección de sangre oculta en la materia fecal para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario o colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más que no son de alto riesgo. Al menos, una vez cada 48 meses después del último enema de bario o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento si la prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare arrojó un resultado positivo.</p>	<p>\$0</p> <p>La colonoscopia virtual no es un procedimiento cubierto.</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios dentales (cubiertos por Medicare)</p> <p>Pagamos ciertos servicios dentales, incluidos, los empastes, las limpiezas y las dentaduras postizas. Lo que no cubrimos está disponible a través del programa dental de Medi-Cal, descrito en la Sección F2 a continuación.</p> <p>Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que involucra a la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>
<p>Servicios dentales (de rutina/no cubiertos por Medicare)*</p> <p>Además de los servicios mencionados, SCAN Connections ofrece los siguientes servicios dentales de rutina a través de proveedores de servicios dentales contratados por DeltaCare® USA.</p> <p>Los servicios dentales de rutina dentro de la red incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales: consultas ilimitadas • Limpieza dental: hasta 2 consultas cada 12 meses • Radiografías dentales: 2 consultas cada 12 meses. Las radiografías de aleta de mordida se limitan a un máximo de una serie de cuatro imágenes en cualquier período de 6 meses. Las radiografías de toda la boca tienen un límite de una serie cada 24 meses consecutivos. <p>Este beneficio también incluye servicios dentales integrales. Para obtener una descripción completa, incluidas las limitaciones y exclusiones adicionales, consulte el cuadro de tarifas de DeltaCare USA.</p> <p>La ortodoncia no está incluida en su plan.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0 por cada consulta en el consultorio.</p> <p>Consulte su cuadro de tarifas de DeltaCare USA para conocer los copagos de otros beneficios dentales.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	<p>Prueba de detección de depresión</p> <p>Pagamos por una prueba de detección de depresión cada año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o recomendaciones.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>
	<p>Prueba de detección de diabetes</p> <p>Pagamos esta prueba de detección (incluye las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión) • Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa) <p>Las pruebas pueden estar cubiertas en otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y un historial familiar de diabetes.</p> <p>Puede calificar para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p> Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un glucómetro ○ Tiras reactivas de glucosa en sangre ○ Dispositivos de punción y lancetas ○ Soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y glucómetro • Para las personas con diabetes que tienen una enfermedad grave de pie diabético, pagamos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas), incluida la adaptación, y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, ● ○ un par de zapatos de profundidad, incluida la adaptación, y tres pares de plantillas al año (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se proporcionan con esos zapatos). • En algunos casos, pagamos por la capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. <p>Los controles continuos de glucosa y los suministros relacionados se consideran equipos médicos duraderos. Consulte "Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados" más adelante en esta tabla.</p>	<p>\$0 por los suministros para controlar los niveles de glucosa en sangre.</p> <p>\$0 por zapatos terapéuticos y plantillas para personas con diabetes.</p> <p>\$0 por la capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p> <p>Solo hay glucómetros, tiras reactivas y soluciones de control disponibles de un fabricante (Abbott). Hay lancetas disponibles de cualquier fabricante. (Para obtener más información, póngase en contacto con el Servicio para los miembros).</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa para la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los zapatos terapéuticos y las plantillas.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>Consulte el Capítulo 12 del <i>Manual para miembros</i> para obtener una definición de "Equipo médico duradero (DME)".</p> <p>Cubrimos estos artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas, incluidas las eléctricas • Muletas • Sistemas de colchones eléctricos • Almohadilla de presión seca para colchón • Suministros para diabéticos • Camas de hospital indicadas por un proveedor para usar en el hogar • Poste y bombas de infusión intravenosa (IV) • Dispositivos para la generación del habla • Equipo y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andadores • Mango curvo estándar o bastón de cuatro apoyos y suministros de reemplazo • Tracción cervical (sobre la puerta) • Estimulador óseo • Equipo de atención para diálisis <p>Se pueden cubrir otros artículos.</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Los gastos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0 todos los meses.</p> <p>Los gastos compartidos no cambiarán después de estar inscrito/a durante 36 meses en SCAN Connections.</p> <p>Puede ser elegible para suministros de equipos médicos duraderos adicionales y suministros relacionados si reúne los requisitos. Para obtener más información, póngase en contacto con la Unidad PAL de SCAN, comuníquese con la Unidad PAL de SCAN al número de teléfono que aparece al final de esta página.</p> <p>Los monitores continuos de glucosa cuestan \$0 en la farmacia o en un proveedor de DME.</p> <p>Los medidores constantes de glucosa (CGM) Freestyle Libre y Dexcom están</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Pagamos todo el DME médicamente necesario que Medicare y Medi-Cal suelen pagar. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted.</p> <p>La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.scanhealthplan.com.</p> <p>Los suministros de los DME se limitan al equipo y los dispositivos que no copian la función de otra pieza de equipo o dispositivo cubiertos por SCAN Connections y que son adecuados para utilizar en el hogar.</p> <p>La cobertura no incluye los artículos que se utilizarán fuera de la casa, como oxígeno, rampas, nebulizadores portátiles y otros equipos.</p> <p>Las reparaciones y los reemplazos del DME están cubiertos en caso de roturas, desgaste o cambio significativo en su estado físico. Las reparaciones o los reemplazos se realizarán cuando sean médicamente necesarios y estén cubiertos por Medicare.</p> <p>Para obtener información sobre los medicamentos que se usan con el DME, consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" de esta tabla.</p>	<p>cubiertos en farmacias contratadas. Otros fabricantes de MCG están disponibles en proveedores de DME contratados.</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p> <p>\$0</p> <p>Los gastos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0 todos los meses.</p> <p>Los gastos compartidos no cambiarán después de estar inscrito/a durante 36 meses en SCAN Connections.</p> <p>Puede ser elegible para suministros de equipos médicos duraderos adicionales y suministros relacionados si reúne los requisitos. Para obtener más información, póngase en contacto con la Unidad PAL de SCAN, comuníquese con la Unidad PAL de SCAN al número de teléfono que aparece al final de esta página.</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia significa servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y • necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resulte en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un riesgo grave para su salud; o • daños graves a las funciones corporales; o • disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. 	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haberse estabilizado su emergencia, debe recibir la atención para pacientes internados fuera de la red autorizado por el plan y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Si la afección le permite regresar a un hospital de la red, se organizará la atención médicamente necesaria (incluido el traslado).</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Atención de emergencia: cobertura mundial*</p> <p>La atención de emergencia y urgencia en todo el mundo está cubierta para servicios destinados a evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia cuando se encuentra fuera de Estados Unidos.</p> <p>Cobertura mundial para servicios de emergencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esto incluye atención de emergencia o de urgencia y transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. • El transporte de regreso a Estados Unidos desde otro país no está cubierto. • Los procedimientos programados o planificados previamente o los electivos no se consideran atención de emergencia/urgencia y no están cubiertos. • La atención médica de seguimiento, incluida la atención posterior, la rehabilitación y la estadía en un centro de enfermería especializada, no se considera atención de emergencia o de urgencia y no está cubierta. <p>Los medicamentos que no son de emergencia obtenidos fuera de Estados Unidos no están cubiertos.</p> <p>Consulte la sección "Servicios que no cubrimos (exclusiones)" más adelante en este capítulo para obtener más información.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p>
<p>Membresía de gimnasio*</p> <p>SCAN Connections proporciona una membresía en gimnasios participantes. Puede elegir un gimnasio o club de la red de centros contratados de SCAN Connections.</p> <p>Las clases digitales de gimnasia en línea, así como un kit de acondicionamiento físico en el hogar, también están disponibles para los miembros que no residan cerca de un club o gimnasio participante o prefieran hacer ejercicio en casa. Puede pedir un kit de ejercicios al año.</p> <p>Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0 por la membresía en gimnasios y estudios participantes.</p> <p>La membresía incluye servicios estándar del gimnasio. No se incluyen los servicios que generalmente requieren un cargo adicional.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>HEALTHtech+*</p> <p>Una línea de apoyo tecnológico para proporcionar educación y capacitación sobre cómo usar su computadora, tableta o teléfono inteligente para acceder a la atención médica y a la información relacionada con la atención médica. Tiene servicios disponibles para ayudarlo en línea, por teléfono o en su hogar.</p> <p>Áreas donde HEALTHtech+ puede ayudarlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación sobre Skype/Zoom/FaceTime para visitas al/a médico/a • Nociones generales sobre la visita de Telesalud, configuración del equipo personal (teléfono, tableta o computadora) • Configuración de la entrega de los medicamentos con receta • Creación/configuración de cuentas de correo electrónico para la comunicación sobre el cuidado de la salud • Información sobre el portal en línea de su grupo médico • Registro en el portal para miembros de SCAN Health Plan <p>HEALTHtech+ no incluye soporte para la compra de equipos, Internet en el hogar o hardware de computadora.</p> <p>Para acceder a la asistencia tecnológica, llame al 1-833-437-0555.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p>
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Ofrecemos muchos programas que se centran en ciertas condiciones de salud. Estos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases de educación sobre la salud; • Clases de sobre nutrición; • Programas para dejar de fumar y consumir tabaco; y • Línea directa de enfermería. 	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios de audición (cubiertos por Medicare)</p> <p>Pagamos por los exámenes de audición y equilibrio realizados por su proveedor. Estos exámenes le indican si necesita tratamiento médico.</p> <p>Están cubiertos como atención para pacientes ambulatorios cuando los realiza un/a médico/a, audiólogo/a u otro/a proveedor/a calificado/a.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>
<p>Servicios de audición (de rutina/no cubiertos por Medicare)*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen auditivo de rutina/prueba de detección • Audífonos • Evaluación/colocación de audífonos <p>No necesita una recomendación para realizar una consulta con un audiólogo de rutina contratado para realizarse una prueba auditiva de detección y determinar la necesidad de audífonos.</p> <p>Los audífonos están cubiertos cuando se determina que son necesarios y se obtienen de un proveedor contratado.</p> <p>No existen beneficios para los servicios profesionales o materiales relacionados con el reemplazo de audífonos proporcionados por este plan que se pierdan o rompan, a menos que se hubiera previsto reemplazarlo en ese momento.</p> <p>Las evaluaciones y colocación de audífonos están cubiertas durante 12 meses después de la compra de un audífono cubierto por SCAN. La cobertura para audífonos incluye un período de prueba de 60 días, una garantía del fabricante de 3 años y 80 baterías.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>Examen auditivo de rutina</p> <p>\$0 (1 examen auditivo de rutina cada 12 meses).</p> <p>Evaluación/colocación de audífonos</p> <p>\$0 (las evaluaciones/colocación de audífonos están cubiertas durante los doce meses posteriores a la compra de un audífono a un proveedor contratado).</p> <p>Audífonos</p> <p>\$0 por audífono para audífonos TruHearing Advanced o TruHearing Premium. (2 audífonos cada 12 meses.)</p> <p>Es posible que reúna los requisitos para audífonos de otros fabricantes si se consideran médicamente necesarios.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas</p> <p><i>Beneficios suplementarios especiales para personas con afecciones crónicas (SSBCI)</i></p> <p>La elegibilidad para estos beneficios no se basa únicamente en afecciones crónicas. Se deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad vigentes antes de que se proporcionen los beneficios. Las afecciones crónicas que califican para ser elegible para los beneficios de SSBCI incluyen trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, diabetes, cáncer, trastornos pulmonares crónicos. Pueden aplicarse otras afecciones crónicas. Los expedientes médicos se utilizarán para establecer la calificación para los beneficios.</p> <p>Puede recibir hasta \$65 al mes para comestibles saludables en combinación con su beneficio de productos de venta libre (OTC).</p> <p>Una vez que califique, recibirá una tarjeta de débito prepaga que deberá activar. Siga las instrucciones de la tarjeta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El monto se recarga el primer día de cada mes y vence al final del mes. • La tarjeta de débito se puede utilizar para comprar artículos comestibles seleccionados en las tiendas minoristas adheridas. • El monto sin usar <u>no</u> se transfiere al mes siguiente. • Solo puede pagar sus propios artículos y no puede canjear el saldo por dinero en efectivo. • Para buscar tiendas adheridas y artículos comestibles elegibles, inicie sesión en www.scanhealthplan.com • Una vez que haya utilizado la asignación, es responsable del costo restante de sus compras. 	<p>Tiene cobertura para un máximo de \$65 al mes en combinación con el beneficio de OTC.</p> <p>Se aplican normas y criterios sobre autorización previa</p> <p>Tiene cobertura para hasta 24 viajes de ida o vuelta al año (con un límite de 75 millas en cada sentido) cuando utiliza proveedores de transporte contratados por SCAN Connections.</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Transporte que no es por motivos médicos</p> <p>El transporte de rutina se proporciona en taxi o camioneta adaptada para silla de ruedas y puede usarse para transportarse a una tienda de comestibles, al gimnasio o a un centro para personas mayores.</p> <p>Todos los transportes, incluidos los adaptados para sillas de ruedas, deben cumplir con los criterios del plan. Cada viaje de ida o de vuelta no puede exceder las 75 millas.</p> <p>Si el viaje no se cancela antes de que el conductor haya sido enviado a recogerle, el viaje contará y se deducirá de su límite anual de viajes.</p> <p>Los arreglos de transporte deben hacerse con al menos 24 horas de anticipación (sin incluir los fines de semana) para un vehículo para pasajeros y con al menos 48 horas de anticipación (sin incluir los fines de semana) para el servicio de silla de ruedas. Para programar un viaje, llame al Departamento de Transporte de SCAN al 1-844-714-2218.</p> <p>Consulte el apartado "Información importante sobre el beneficio de transporte de rutina" al final de esta sección para obtener una descripción detallada del beneficio de transporte.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Pagamos una prueba de detección de VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soliciten una prueba de detección de VIH, o • estén en mayor riesgo de infección por el VIH. <p>En el caso de las mujeres embarazadas, pagamos hasta tres pruebas de detección de VIH durante el embarazo.</p> <p>También pagamos por pruebas de detección de VIH adicionales cuando lo recomiende su proveedor.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Home Advantage*</p> <p>Si recientemente ha sufrido una caída o una enfermedad que le ha causado una disminución de su capacidad para realizar actividades diarias, puede solicitar una evaluación anual en el hogar.</p> <p>Un/a navegador/a de atención médica de SCAN realizará la evaluación inicial en el hogar para identificar el riesgo de caídas/lesiones y recomendará medidas de seguridad para mantenerlo/a seguro/a en su hogar.</p> <p>Un navegador de atención médica de SCAN realizará una visita de seguimiento en el hogar para realizar actividades como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudarle a llevar a cabo las recomendaciones • Ayudarle a comprender y cumplir con los planes para tratar su(s) problema(s) de salud • Ofrecer orientación y apoyo para que pueda vivir de manera segura en su hogar • Conectarlo con recursos adicionales dentro de su comunidad <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>
<p>Comidas a domicilio*</p> <p>Consulte los beneficios "Regreso al hogar " y "Soluciones para cuidadores/as" más adelante en esta tabla.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Agencia de atención médica en el hogar</p> <p>Antes de que pueda recibir servicios de atención médica en el hogar, un/a médico/a debe decirnos que los necesita, Estos servicios deben ser proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar. Debe estar confinado/a en su hogar, lo que significa que salir de casa implica un esfuerzo importante.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y, en determinados casos, por otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o servicios de auxiliar de atención médica a domicilio a tiempo parcial o esporádicos (para que estén cubiertos por el beneficio de atención médica en el hogar, los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio combinados deben ser menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos 	<p>\$0</p> <p>Puede recibir una visita domiciliaria de un/a médico/a en lugar de una consulta en el consultorio médico cuando sea médicamente necesario.</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>Nuestro plan paga la terapia de infusión en el hogar, definida como la administración de medicamentos o sustancias biológicas por vía intravenosa (en el interior de las venas) o subcutánea (debajo de la piel) y proporcionados a usted en su hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o sustancia biológica, como una inmunoglobulina o antiviral; • el equipo, como una bomba; y • suministros, como tubos o un catéter. <p>Nuestro plan cubre servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención médica; • capacitación y educación de miembros que aún no estén incluidas en el beneficio de DME; • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. <p>Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar, como el medicamento para la infusión, el equipo y los suministros, están cubiertos por el beneficio de DME.</p>	<p>Paga lo siguiente por consulta:</p> <p>Servicios profesionales de terapia de infusión en el hogar, incluidos servicios de capacitación, educación y monitoreo \$0</p> <p>Equipo médico duradero</p> <p>Consulte la sección "Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados" de este capítulo para el monto del costo compartido. Para conocer los costos compartidos de los medicamentos para infusión utilizados con equipo médico duradero (DME), consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" de este capítulo.</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Cuidados para enfermos terminales</p> <p>Tiene derecho a elegir un centro de cuidado para enfermos terminales/hospicio si su proveedor/a y el/la director/a médico/a del 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 recibir atención en cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan. El médico/la médica del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • atención de relevo a corto plazo • atención domiciliaria <p>Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionen con su diagnóstico terminal se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo. <p>Para los servicios cubiertos por nuestro plan pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Cubrimos los servicios, independientemente de si se relacionan o no con su diagnóstico terminal. Paga el monto de los gastos compartidos de nuestro plan por estos servicios. <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 del <i>Manual para miembros</i>. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Quando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su diagnóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por SCAN Connections.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Cuidados de hospicio (continuación)</p> <p>Nota: Si tiene una enfermedad grave, puede ser elegible para cuidados paliativos, que brindan atención centrada en el paciente y la familia basada en el equipo para mejorar su calidad de vida. Es posible que reciba cuidados paliativos al mismo tiempo que los cuidados curativos/regulares. Consulte la sección Cuidados paliativos a continuación para obtener más información.</p> <p>Nota: Si necesita atención médica fuera del hospicio, llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para coordinar los servicios. Los cuidados fuera del hospicio son aquellos servicios que no están relacionados con su diagnóstico terminal.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacunas contra la pulmonía • vacunas antigripales, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales si son médicamente necesarias • vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19. • vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) • Otras vacunas si usted está en riesgo y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>Pagamos por otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 del <i>Manual para miembros</i> para obtener más información.</p>	<p>\$0</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19.</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Included LGBTQ+ Health*</p> <p>Included LGBTQ+ Health proporciona orientación y apoyo confiables para satisfacer las necesidades únicas de la comunidad LGBTQ+. Los/as coordinadores/as de atención de conserjería lo guían a través del acceso a atención afirmativa, apoyo para el estilo de vida, grupos de pares, recursos comunitarios y defensa.</p> <p>Para acceder a Included LGBTQ+ Health, llame al 1-877-330-0889.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p>
<p>Suministros para la incontinencia y la higiene*</p> <p>Los miembros que reúnen los requisitos reciben suministros para la incontinencia como cremas y baños, calzoncillos desechables, pañales, calzoncillos, ropa interior, fundas protectoras y compresas.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden del médico/de la médica. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.</p> <p>No hay límite para la cantidad de días de hospitalización médicamente necesarios cubiertos por el plan.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se mencionan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios habituales de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales, como las unidades de cuidados intensivos o coronarios • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Aparatos, como sillas de ruedas • Servicios de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se haya estabilizado la emergencia.</p> <p>Si obtiene autorización para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado su afección de emergencia, el costo que le corresponderá pagar será el gasto compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. Los/Las proveedores/as de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los/las proveedores/as locales de trasplantes están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede obtener sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención para su comunidad. Si nuestro plan proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de atención para nuestra comunidad y usted decide realizar su trasplante allí, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte para usted y otra persona. Se aplican normas sobre autorización previa. Comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que se encuentra en la parte inferior de la página para obtener detalles sobre la política del plan sobre la cobertura de viaje para trasplantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración • Servicios médicos <p>Nota: Para ser considerado un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para que lo admitan formalmente como paciente internado en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted internado/a o es un/a paciente ambulatorio/a? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". La hoja de datos se encuentra disponible en es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o si llama 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, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Pagamos por los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si necesita servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente, pagaremos los primeros 190 días. Después de eso, la agencia local de salud mental del condado paga los servicios psiquiátricos médicamente necesarios para pacientes internados. La autorización para la atención después de los 190 días se coordina con la agencia local de salud mental del condado. <ul style="list-style-type: none"> ○ El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Si tiene 65 años o más, pagamos por los servicios que reciba en un Instituto de Enfermedades Mentales (IMD). 	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
 DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>No pagamos por su hospitalización si ha utilizado la totalidad de su beneficio para pacientes internados o si la estadía no es razonable y médicamente necesaria.</p> <p>Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención de pacientes internados no está cubierta, podemos pagar por los servicios que recibe mientras está en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y, en determinados casos, por otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Pruebas diagnósticas, como análisis de laboratorio. • Tratamientos con radiografías, radio e isótopos, incluidos los materiales y servicios de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortopédicos, siempre que no sean dentales, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que reemplazan todo o parte de: <ul style="list-style-type: none"> ○ un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o ○ la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona correctamente. • Soportes ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros y prótesis para piernas, brazos y ojos. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en su condición. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedades renales para informar sobre el cuidado renal y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe tener una enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico/a debe recomendarlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 del <i>Manual para miembros</i>, o cuando su proveedor/a para este servicio no está disponible o no es posible acceder a sus servicios temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es ingresado en un hospital para recibir atención especial. • Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar. • Equipos y suministros para diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como las visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para controlar la diálisis en su hogar, para ayudar en emergencias y para revisar su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" de esta tabla.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
 <p>Prueba de detección del cáncer de pulmón</p> <p>Nuestro plan paga las pruebas de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene entre 50 y 77 años, y • realiza una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartida con su médico/a u otro/a proveedor/a calificado/a, y • ha fumado al menos 1 paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, fuma en este momento o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después de la primera prueba de detección, nuestro plan paga otra prueba de detección cada año con una orden escrita de su médico/a u otro/a proveedor/a calificado/a.</p>	<p>\$0</p>
 <p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También se brinda después de un trasplante de riñón si su médico/a lo recomienda.</p> <p>Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si es médicamente necesario.</p> <p>Pagamos por dos horas de servicios de asesoramiento individual cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con la recomendación de un/a médico/a. Su médico/a debe recetar estos servicios y renovar la recomendación cada año si usted necesita tratamiento durante el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si es médicamente necesario.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
 <p>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Nuestro plan paga los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarle a promover su comportamiento saludable. Proporciona formación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambios en la alimentación a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que generalmente no se administra usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, hospitalarios para pacientes ambulatorios o en centros de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que tome mediante equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa (IV). • Factores de coagulación que se aplica usted mismo mediante inyecciones si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores o trasplante: Medicare cubre el tratamiento de trasplante si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que obtenga medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos por estos medicamentos si no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que un/a médico/a certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo/a. • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un/a médico/a los prepara y una persona capacitada de manera adecuada (que podría ser usted, el/la paciente) los suministra bajo la supervisión apropiada. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que haya nuevos medicamentos orales para el cáncer disponibles, es posible que la Parte B pueda cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hará. • Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted utilice como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de un plazo de 48 horas de la quimioterapia, o si se utilizan como el reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para enfermedades renales terminales (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio para ESRD de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calciomiméticos en virtud del sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv, y el medicamento oral Sensipar. • Determinados medicamentos para autodiálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos. • Agentes estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre eritropoyetina mediante inyección si tiene ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas afecciones (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta). <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación IV y por sonda). <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de la Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5 del <i>Manual para miembros</i> explica nuestro beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Allí se explican las normas que debe seguir para que las recetas estén cubiertas.</p> <p>El Capítulo 6 del <i>Manual para miembros</i> explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	
<p>Línea de asesoramiento de enfermería*</p> <p>El beneficio de la Línea de asesoramiento de enfermería le permite buscar asesoramiento del personal de enfermería según los síntomas actuales, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El personal de enfermería calificado puede ayudarle a controlar sus síntomas y a decidir dónde y cómo buscar atención médica.</p> <p>Se puede acceder a la Línea de asesoramiento de enfermería por teléfono o mediante funciones de video seguras desde su computadora o teléfono inteligente. Para acceder a la Línea de asesoramiento de enfermería, llame al 1-855-431-5537 o ingrese en: www.scanhealthplan.com.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Atención en una residencia para personas mayores</p> <p>Una residencia para personas mayores (NF) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en el hogar, pero que no necesitan estar en un hospital.</p> <p>Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Terapia respiratoria. • Medicamentos que le administren como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. • Suministros médicos y quirúrgicos que generalmente se administran en las residencias para personas mayores. • Análisis de laboratorio que generalmente se realizan en las residencias para personas mayores. • Radiografías y otros servicios radiológicos que generalmente se administran en las residencias para personas mayores. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente administran las residencias para personas mayores. • Servicios de médicos o profesionales médicos. • Equipo médico duradero. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Atención en una residencia para personas mayores (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales, incluidas dentaduras postizas. • Beneficios relacionados con la visión. • Exámenes de audición. • Atención quiropráctica. • Servicios de podología. <p>Por lo general, será atendido en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede ser atendido en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una residencia para personas mayores o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que funcione como una residencia para personas mayores). • Una residencia para personas mayores donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted salga del hospital. 	
<p>Suplementos nutricionales*</p> <p>Los miembros que reúnan los requisitos pueden ser elegibles para recibir suplementos nutricionales como Ensure, Boost o Glucerna una vez que se registre la receta de su médico/a de atención primaria.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para mantener el peso bajo control</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos por asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe recibir el asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa manera, se puede manejar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios del Programa de tratamiento para el consumo de opioides (OTP)</p> <p>Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por abuso de opioides (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. • Medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, administración y provisión de estos medicamentos. • Asesoramiento para trastornos por el uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Análisis para detectar drogas o sustancias químicas en su cuerpo (análisis toxicológicos). 	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>
<p>Pruebas diagnósticas, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se mencionan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros para técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes, entablillados, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración • Otras pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios 	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos por los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como cirugía ambulatoria o servicios de observación. <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan a su médico/a a saber si necesita ser ingresado al hospital como "paciente internado". ○ A veces puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo "paciente ambulatorio". ○ Puede obtener más información sobre la diferencia entre ser paciente internado/a o ambulatorio/a en esta guía informativa: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un/a médico/a certifica que el tratamiento para pacientes internados sería necesario sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Pruebas de detección preventiva y servicios listados en la Tabla de beneficios. • Algunos medicamentos que no se puede administrar usted mismo/a. • Atención de dependencia química, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un/a médico/a certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. 	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos por los servicios de salud mental proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un psiquiatra o médico con licencia estatal • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • un especialista en enfermería clínica • un consejero profesional con licencia (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • una enfermera practicante (NP) • un asistente médico (PA) • cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables <p>Pagamos por los siguientes servicios y, en determinados casos, por otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios clínicos • tratamiento diurno • servicios de rehabilitación psicosocial • hospitalización parcial o programas ambulatorios intensivos • evaluación y tratamiento individual y grupal para la salud mental • exámenes psicológicos cuando estén clínicamente indicados para evaluar un resultado de salud mental • servicios para pacientes ambulatorios con el propósito de monitorear el tratamiento farmacológico • análisis de laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios • consulta psiquiátrica • tratamiento residencial para adultos • estabilización en situaciones de crisis 	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos por sesiones de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los departamentos de pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>
<p>Servicios para desórdenes por el consumo de sustancias para pacientes externos</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y, en determinados casos, por otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol. • Tratamiento del uso indebido de drogas. • Asesoramiento grupal o individual por parte de un/a médico/a calificado/a. • Desintoxicación subaguda en un programa residencial de tratamiento de adicciones. • Servicios de tratamiento del uso indebido de alcohol o drogas en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo. • Tratamiento con naltrexona (vivitrol) de liberación prolongada. 	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>
<p>Cirugía ambulatoria</p> <p>Pagamos por cirugías y servicios ambulatorios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Productos de venta libre (OTC)*</p> <p>Tiene cobertura de hasta \$65 al mes para productos de venta libre (OTC) elegibles. Este beneficio se combina con el beneficio para comestibles.</p> <p>Recibirá una tarjeta de débito por correo y deberá activarla antes de usarla.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El monto se recarga el primer día de cada mes y vence el 31 de diciembre. • La tarjeta de débito se puede utilizar para comprar productos OTC seleccionados en las tiendas minoristas CVS adheridas. • El monto sin usar <u>no</u> se transfiere al mes siguiente. • Otras formas de obtener productos de venta libre: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hacer un pedido por teléfono ○ Hacer un pedido en línea • No se permiten devoluciones ni cambios en artículos comprados con el beneficio de OTC • Solo los artículos que figuran en el catálogo de OTC están cubiertos por el beneficio, en las ubicaciones de CVS adheridas o en línea. • Solo puede pagar sus propios artículos y no puede canjear el saldo por dinero en efectivo. • Una vez que haya utilizado la asignación, es responsable del costo restante de sus compras. <p>Información adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los precios de catálogo no se pueden combinar con otras ofertas promocionales. • Algunos productos pueden tener límites o tamaños especiales. <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>Tiene cobertura de hasta \$65 al mes para productos OTC seleccionados, ya sea en tiendas CVS seleccionadas o para la entrega de pedidos por correo.</p> <p>Este beneficio se combina con el beneficio para comestibles.</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Los cuidados paliativos están cubiertos por nuestro plan. Los cuidados paliativos son para personas con enfermedades graves. Proporciona una atención centrada en el/la paciente y la familia que mejora la calidad de vida anticipando, previniendo y tratando el sufrimiento. Los cuidados paliativos no son de hospicio, por lo tanto, no es necesario tener una esperanza de vida de seis meses o menos para acceder. Los cuidados paliativos se proporcionan al mismo tiempo que los cuidados curativos/regulares.</p> <p>Los cuidados paliativos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • planificación de instrucciones anticipadas • evaluación y consulta sobre los cuidados paliativos • un plan de atención que incluye todos los cuidados paliativos y curativos autorizados, incluidos los servicios sociales médicos y de salud mental • servicios de su equipo de atención designado • coordinación de la atención • manejo del dolor y los síntomas <p>Es posible que no reciba cuidados de hospicio y cuidados paliativos al mismo tiempo si es mayor de 21 años. Si está recibiendo cuidados paliativos y cumple con los requisitos para recibir cuidados de hospicio, puede solicitar cambiar a cuidados de hospicio en cualquier momento.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o mediante un centro comunitario de salud mental. Es más intensa que la atención que recibe en el consultorio de su médico/a, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero/a profesional con licencia. Puede ayudar a evitar que tenga que permanecer en el hospital. La hospitalización parcial también incluye el tratamiento de la dependencia química.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento de terapia conductual (mental) activo proporcionado como un servicio para pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud federal calificado o una clínica de salud rural con una atención más intensa que la recibida en el consultorio de médico/a, terapeuta, LMFT o licenciado en consejería profesional, pero menos intensa que la hospitalización parcial.</p> <p>La hospitalización parcial también incluye el tratamiento de la dependencia química.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>
<p>Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)*</p> <p>Una unidad electrónica para el hogar o un colgante para el cuello están disponibles para los miembros que cumplan con criterios específicos.</p> <p>Para obtener más información, póngase en contacto con Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece al final de esta página.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios médicos o de proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico/de la médica</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios brindados en lugares tales como: • Consultorio médico • Centro quirúrgico ambulatorio certificado • Departamento de pacientes ambulatorios • Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Exámenes auditivos básicos y de equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria, si el médico/la médica se lo indica para diagnosticar si usted necesita tratamiento • Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe usar un/a proveedor/a de la red que ofrezca el servicio por telesalud. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en fase terminal (ESRD) para miembros que utilizan servicios de diálisis en el hogar que se encuentren en centros de diálisis renal en hospitales o de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el hogar. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios médicos o de proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico/de la médica (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: • Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. • Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. • Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados por el gobierno federal. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico/a durante 5 a 10 minutos si <ul style="list-style-type: none"> • no es un paciente nuevo y • el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y • el control no conduce a una consulta dentro de las 24 horas o la cita más pronto disponible. • Evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico/a e interpretación y seguimiento por parte de su médico/a dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> • no es un paciente nuevo y • la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y • la evaluación no conduce a una consulta dentro de las 24 horas o a la cita más pronto disponible. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
 DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios médicos o de proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico/de la médica (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta que su médico/a tenga con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico si no es un paciente nuevo. • Segunda opinión de otro/a proveedor/a de la red antes de la cirugía. • Atención dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas. ○ Fijación de fracturas de mandíbula o huesos faciales. ○ Extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación del cáncer neoplásico. ○ Servicios que estarían cubiertos si los brindara un/a médico/a. ○ Pruebas y tratamiento de alergias realizadas en el consultorio de un/a médico/a (la cobertura incluye servicios de inyecciones y suero antialérgicos). <p>Los miembros pueden recibir una visita domiciliaria en lugar de una consulta al/a médico/a cuando sea médicamente necesario. Se aplican normas sobre autorización previa.</p>	
<p>Servicios de podología (cubiertos por Medicare)</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones, y lesiones del pie (por ejemplo, dedo del pie en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado rutinario de los pies para miembros con enfermedades que afectan las piernas, como diabetes. 	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
 <p>Exámenes de detección del cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un tacto rectal • una prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>
<p>Prótesis, dispositivos ortésicos y suministros relacionados</p> <p>Las prótesis reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. Pagamos por las siguientes prótesis y, en determinados casos, por otros dispositivos que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía. • Nutrición enteral y parenteral, incluidos kits de suministros de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas. • Marcapasos. • Ortodoncia. • Calzado protésico. • Prótesis de brazos y piernas. • Prótesis mamaria (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). • Pruebas, colocación o capacitación en el uso de prótesis y dispositivos ortopédicos. • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía. • Nutrición enteral y parenteral, incluidos kits de suministros de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Prótesis, dispositivos ortésicos y suministros relacionados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marcapasos. • Ortodoncia. • Calzado protésico. • Prótesis de brazos y piernas. • Prótesis mamaria (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). • Prótesis para reemplazar toda una parte del cuerpo facial externo que se quitó o deterioró como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito. • Crema y pañales para la incontinencia. <p>Pagamos por algunos suministros relacionados con prótesis y dispositivos ortopédicos. También pagamos para reparar o reemplazar prótesis y dispositivos ortopédicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecemos cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte el apartado sobre "Atención de la vista" más adelante en esta tabla para obtener más detalles. 	
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Pagamos programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Debe tener una recomendación para rehabilitación pulmonar del/de la médico/a o proveedor/a que lo/a atiende por la EPOC.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Atención de relevo*</p> <p>Los miembros que tienen una afección debilitante y tienen un cuidador no remunerado a tiempo completo pueden acceder al beneficio de atención de relevo de SCAN. Si reúne los requisitos, SCAN dispondrá que se brinden hasta 40 horas de atención de relevo en el hogar del miembro donde se brinda la atención primaria.</p> <p>Este servicio debe utilizarse en intervalos de 4 horas.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>
<p>Regreso al hogar*</p> <p>Regreso al hogar es un programa que le brinda servicios de apoyo y atención personal inmediatamente después del alta de un hospital o centro de enfermería especializada.</p> <p>El programa cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención personal en el hogar: Hasta diez consultas de atención en el hogar de 4 horas (40 horas en total al año) para ayudar con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, lavar la ropa, cambiar las sábanas de la cama, hacer tareas domésticas livianas, relevo del cuidador, etc. • Coordinación telefónica de la atención: Para ayudar a programar la atención médica de seguimiento y organizar los servicios de apoyo en el hogar según sea necesario. • Comidas a domicilio: Hasta 4 semanas (84 comidas como máximo al año) de comidas entregadas a domicilio. <p>Para que el beneficio sea autorizado, estos servicios deben solicitarse dentro de los 7 días de haber sido dado de alta del hospital o centro de enfermería especializada.</p> <p>Este beneficio puede ser complementario a los servicios de atención en el hogar cubiertos por Medicare, pero no puede reemplazarlos.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Ayuda comunitaria de SCAN*</p> <p>SCAN ofrece servicios para los miembros que se encuentren sin hogar o que corran el riesgo de perder su vivienda.</p> <p>Los siguientes servicios pueden estar disponibles para usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transición de vivienda: ayuda para encontrar vivienda. • Depósitos de vivienda: ayuda con la financiación única de depósitos para vivienda. • Servicios de arrendamiento y mantenimiento de la vivienda: ayuda a mantenerlo seguro y en una vivienda estable. • Alojamiento a corto plazo posterior a la hospitalización: brinda atención en un centro después de una hospitalización. • Atención de recuperación: atención a corto plazo en un centro médico después de una hospitalización. <p>Los miembros deben cumplir con criterios específicos para obtener los servicios de Apoyo a la Comunidad. Una vez que califique, debe aceptar recibir estos servicios a través de SCAN.</p> <p>Para obtener más detalles, póngase en contacto con Servicios para Miembros.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p> <p>Disponible solo para miembros del condado de Los Angeles.</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>
<p>Comunidades de aprendizaje de SCAN*</p> <p>Clases y grupos virtuales y presenciales de educación sobre la salud para mantener una buena salud mental y física. Para obtener información adicional, llame a Servicios para Miembros.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Línea de asistencia personal (PAL) de SCAN*</p> <p>La unidad PAL de SCAN es un grupo dedicado de empleados que están capacitados para comprender Medicare y Medi-Cal (Medicaid). Se llaman representantes de PAL de SCAN. Cada miembro está asociado con un representante de PAL de SCAN para responder a cualquier pregunta sobre beneficios, medicamentos, recomendaciones a especialistas y otros asuntos o problemas relacionados con Medi-Cal (Medicaid).</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p>
<p> Prueba de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)</p> <p>Pagamos por pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de atención primaria debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También pagamos hasta dos sesiones presenciales al año de asesoramiento conductual intenso para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Pagamos por estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo solo si las brinda un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un/a médico/a.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y, en determinados casos, por otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una habitación semiprivada, o privada si es médicamente necesario. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que reciba como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería. • Análisis de laboratorio realizados por centros de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología administrados por centros de enfermería. • Aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente administran los centros de enfermería. • Servicios médicos/de proveedores. <p>Por lo general, será atendido en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede ser atendido en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una residencia para personas mayores o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en una residencia para personas mayores). • Una residencia para personas mayores donde su cónyuge o pareja de hecho viva en el momento en que usted sale del hospital. 	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
 <p>Programas para dejar de fumar y de consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco, no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco, y quiere o necesita dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos por dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento de dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas de consejería en persona. <p>Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos por dos intentos de consejería para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro consultas en persona. 	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa.</p>
<p>Soluciones para cuidadores/as*</p> <p>Comidas a domicilio</p> <p>Los miembros de SCAN Connections pueden recibir comidas de manera temporal en su hogar para ayudar durante el tratamiento de afecciones crónicas.</p> <p>Los miembros deben cumplir criterios específicos y tener una o más de las siguientes condiciones: cáncer, enfermedad renal en fase terminal (ESRD), diabetes, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva, demencia, enfermedad de Parkinson o una afección que requiera que el miembro permanezca en su hogar durante un período de tiempo.</p> <p>El servicio de comidas debe ser solicitado por un proveedor del plan o un administrador de casos de SCAN Connections. La entrega de comidas está limitada a cuatro semanas de duración y está cubierta para un máximo de 84 comidas por año. Para obtener más detalles, póngase en contacto con Servicios para Miembros.</p> <p>Capacitación para cuidadores/as</p> <p>SCAN comprende el papel fundamental que desempeñan los/las cuidadores/as y los desafíos que enfrentan. Existe una serie de clases de capacitación disponibles para os/las propios/as cuidadores/as o para los/las cuidadores/as no remunerados/as de un miembro de SCAN. Estas clases brindarán información, capacitación práctica y apoyo para los/las cuidadores/as. La serie de 4 semanas está diseñada para encajar en una agenda apretada y se ofrece varias veces a lo largo del año.</p> <p>Para obtener más detalles, póngase en contacto con Servicios para Miembros.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</p> <p>Pagamos por la SET para aquellos miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) que tengan una recomendación del médico/de la médica responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Nuestro plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET; • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si el proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizarse en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento y ejercicios terapéuticos para PAD destinado a miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un/a médico/a. • Ser brindado por personal calificado que se asegure de que el beneficio supere el daño y que esté capacitado en la terapia de ejercicios para PAD. • Ser realizado bajo la supervisión directa de un/a médico/a, asistente médico/a o enfermo/a practicante/especialista en enfermería clínica capacitado/a en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. 	<p>\$0</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios de telesalud*</p> <p>Atención de urgencia mediante telesalud</p> <p>Este beneficio le permite realizar una consulta con un/a médico/a con licencia en la comodidad de su hogar. Este beneficio es para afecciones que no ponen en riesgo la vida, como tos, influenza, náuseas, dolor de garganta, fiebre y alergias, entre otras.</p> <p>El servicio de telesalud para atención de urgencia está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Las consultas de telesalud para atención de urgencia con médicos/as se pueden realizar mediante funciones seguras de video desde su computadora, tableta o teléfono inteligente.</p> <p>La telesalud de atención de urgencia no pretende reemplazar a su médico/a de atención primaria o especialista.</p> <p>Cuando llame o inicie sesión por primera vez, deberá configurar una cuenta y registrar su información.</p> <p>Telesalud conductual</p> <p>Este beneficio le permite conectarse con psicólogos con licencia, terapeutas de nivel de maestría o psiquiatras a través de visitas por video los 7 días de la semana con cita previa. El horario flexible proporciona acceso nocturno y de fin de semana, y, muchas veces, citas el mismo día.</p> <p>Las visitas de telesalud conductual con los profesionales se pueden realizar mediante funciones seguras de video desde su computadora, tableta o teléfono inteligente.</p> <p>El servicio de telesalud conductual no pretende reemplazar a su médico/a de atención primaria o especialista.</p> <p>Para acceder al servicio de telesalud conductual, deberá ingresar a través de una aplicación o a través del sitio web de SCAN. Cuando llame o inicie sesión por primera vez, deberá acceder a través de una aplicación o del sitio web de SCAN. Cuando llame o inicie sesión por primera vez, deberá configurar una cuenta y registrar su información.</p> <p>Para obtener más información sobre este beneficio, visite el sitio web de SCAN Health Plan en www.scanhealthplan.com.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Transporte: Transporte médico que no es de emergencia</p> <p>Este beneficio permite un transporte más rentable y accesible. Esto puede incluir: camioneta adaptada, camioneta para silla de ruedas, servicios de transporte médico y coordinación con el transporte público.</p> <p>Las formas de transporte están autorizadas cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • su afección médica o física no le permite viajar en autobús, automóvil de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público o privado, y • puede requerirse autorización previa, según el servicio. <p>Tiene cobertura para viajes ilimitados a citas médicas cubiertas y atención médica relacionada.</p> <p>El transporte es requerido para recibir la atención médica necesaria, incluidos los viajes a las citas dentales y para recoger medicamentos con receta.</p> <p>El transporte de rutina se proporciona en camioneta adaptada para silla de ruedas o camilla para servicios médicos que reúnan los requisitos y no sean de emergencia. Esto no incluye transporte en ambulancia. Consulte la sección "Servicios de ambulancia" descrita antes en este capítulo.</p> <p>Todos los transportes, incluidos los adaptados para sillas de ruedas y camillas deben cumplir con los criterios del plan.</p> <p>Cada viaje de ida o de vuelta no puede exceder las 75 millas. Puede calificar para millas adicionales más allá este límite si se considera médicamente necesario. Los viajes de más de 75 millas requieren autorización previa.</p> <p>Los viajes deben cancelarse si ya no necesita el transporte.</p> <p>Los arreglos de transporte deben hacerse con al menos 48 horas de anticipación (sin incluir los fines de semana) para el servicio de silla de ruedas y camilla. Para programar un viaje, llame al Departamento de Transporte de SCAN al 1-844-714-2218.</p> <p>Este beneficio no incluye viajes a destinos que no sean médicos/as, como supermercados, gimnasios y centros para personas mayores. Si cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para viajes adicionales a estos destinos.</p> <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Usted cuenta con cobertura para viajes ilimitados de hasta 75 millas por trayecto cuando utiliza proveedores de transporte contratados por SCAN Connections y solo cuando lo transportan a proveedores e instalaciones contratados por SCAN Connections.</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Transporte: Transporte médico que no es de emergencia (continuación)</p> <p>Consulte "Ayuda con ciertas afecciones crónicas" descrita antes en esta tabla.</p> <p>Para obtener una descripción detallada del beneficio de transporte de rutina, consulte "Información importante sobre el beneficio de transporte de rutina" al final de esta sección.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia es aquella brindada para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una situación que no sea de emergencia, pero que requiera atención médica inmediata, o • una enfermedad imprevista, o • una lesión, o • una afección que necesite atención inmediata. <p>Si necesita atención de urgencia, primero debe tratar de obtenerla de un/a proveedor/a de la red. Sin embargo, puede recurrir a proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a un/a proveedor/a de la red porque, dado el momento, el lugar o las circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección inesperada, pero no es una emergencia médica).</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios de urgencia – Cobertura mundial*</p> <p>La atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo está cubierta para servicios destinados a evaluar o estabilizar una afección médica urgente o emergente cuando se encuentra fuera de Estados Unidos.</p> <p>Cobertura mundial para servicios de urgencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esto incluye atención de emergencia o de urgencia y transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. • El transporte de regreso a Estados Unidos desde otro país no está cubierto. • Los procedimientos programados o planificados previamente o los electivos no se consideran atención de emergencia/urgencia y no están cubiertos. • La atención médica de seguimiento, incluida la atención posterior, la rehabilitación y la estadía en un centro de enfermería especializada, no se considera atención de emergencia o de urgencia y no está cubierta. <p>Los medicamentos que no son de emergencia obtenidos fuera de Estados Unidos no están cubiertos.</p> <p>Consulte la sección "Servicios que no cubrimos (exclusiones)" más adelante en este capítulo para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p> Atención de la vista (cubierta por Medicare)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para lentes o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma al año. Las personas con alto riesgo de padecer glaucoma son aquellas con historial familiar de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de lentes o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos lentes después de la segunda cirugía). <p>Los exámenes de la vista médicamente necesarios requieren una remisión de un/a médico/a del plan a un especialista del plan para diagnosticar y tratar enfermedades de la vista, incluidos glaucoma y cataratas.</p> <p>Lentes intraoculares</p> <p>No hay costo para los lentes intraoculares (IOL) estándar. Sin embargo, por un monto adicional, puede solicitar la inserción de un IOL que corrija la presbicia (es decir, Crystalens™, AcrySof RESTOR™ y ReZoom™) en lugar de un IOL convencional después de una cirugía de cataratas. Pagará un monto adicional por los IOL no convencionales recomendados o indicados por su médico. Usted es responsable de pagar esa parte del costo de los IOL que corrigen la presbicia y de los servicios asociados que superen el cargo por la inserción de un IOL convencional después de una cirugía de cataratas. Debe hablar sobre el costo adicional con su oftalmólogo ANTES de la cirugía para que comprenda claramente el alcance de su responsabilidad financiera.</p>	<p>\$0 para exámenes y tratamientos de la vista médicamente necesarios.</p> <p>\$0 por una prueba de detección de glaucoma por período de 12 meses si corre un alto riesgo de padecer glaucoma.</p> <p>\$0 para lentes cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Se aplican normas sobre autorización previa</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Atención de la vista (de rutina/no cubiertos por Medicare)* Además de los servicios de la visión médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare, SCAN Health Plan ofrece los siguientes servicios de atención de la vista de rutina a través de la red de proveedores de optometría Eye Med Select.</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes oculares de rutina, limitados a un examen cada 12 meses. Cristales, monturas o lentes (cristales y monturas). Límite de un par cada 12 meses. <p>SCAN Connections ofrece un monto de cobertura oftalmológica que se aplica al costo de monturas y lentes cuando se compran en un establecimiento de un proveedor del plan. Debe pagar cualquier costo restante más allá de esta cobertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes de contacto en lugar de lentes, limitados a un par cada 12 meses. <p>SCAN Connections ofrece un monto de cobertura que se aplica al costo de lentes de contacto cuando se compran en un establecimiento de un proveedor del plan. Debe pagar cualquier costo restante más allá de esta cobertura, es decir, colocación de lentes de contacto, imágenes de retina.</p> <p>Este plan no provee beneficios para los servicios profesionales o materiales relacionados con el reemplazo de lentes y monturas que se pierdan o rompan, a menos que se hubiera previsto reemplazarlos en ese momento.</p> <p>Consulte la Sección G., "Beneficios que no están cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal" más adelante en este capítulo para obtener información adicional sobre las limitaciones para lentes.</p> <p>*Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.</p>	<p>Examen de la vista de rutina \$0</p> <p>No necesita una recomendación para visitar a proveedores de servicios oculares contratados para exámenes de la vista de rutina (refracciones).</p> <p>Lentes o lentes de contacto de rutina Los materiales para lentes están incluidos dentro de la asignación para lentes.</p> <p>Asignación para lentes Cobertura de hasta \$500 para opciones de monturas y cristales o lentes de contacto cada 12 meses. Paga cualquier costo restante que exceda el monto que cubre SCAN Health Plan.</p> <p>La cobertura de lentes de contacto incluye solo el costo de las lentes de contacto. Paga cualquier costo restante que exceda el monto que cubre SCAN Health Plan.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
 <p>Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare"</p> <p>Cubrimos la visita preventiva única "Bienvenido a Medicare". La visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su salud, • información y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas pruebas de detección y vacunas), y • recomendaciones para otro tipo de atención, si lo necesita. <p>Nota: Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo durante los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, dígame al consultorio de su médico/a que desea programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".</p>	<p>\$0</p>

E. Información importante sobre el beneficio de transporte de rutina

Datos importantes:

- Los servicios de transporte de rutina dentro de este beneficio no tienen costo.
- Las reservas deben realizarse con al menos 24 horas de antelación (sin incluir los fines de semana) para un vehículo para pasajeros, con al menos 48 horas de antelación (sin incluir el fin de semana) para el servicio de silla de ruedas, y con 72 horas de antelación para el servicio de camilla.
- Servicio de acera a acera: El conductor recibirá al pasajero en la acera fuera de la casa o en otro lugar para el viaje. Este servicio es el que normalmente se proporciona a menos que se solicite un tipo diferente de servicio.
- Servicio puerta a puerta: El conductor llegará a la puerta de la casa u otro lugar para brindar asistencia limitada para ingresar al automóvil. Este servicio debe solicitarse con al menos 48 a 72 horas de antelación (según el tipo de vehículo) a la reserva (sin incluir los fines de semana). Se aplicarán criterios médicos.
- Reserva periódica: Se puede programar para citas periódicas que son a la misma hora y en el mismo destino todas las semanas.
- Los viajes "Will-Call" se pueden programar cuando se va a citas que pueden durar más de lo esperado. Los miembros pueden llamar al Departamento de Transporte de SCAN al 1-844-714-2218 cuando estén listos para ser recogidos, en lugar de programar un horario específico de regreso. Es posible que pase hasta una hora después de la llamada para que llegue el conductor.
- Viajes compartidos: Es posible que los conductores lleven en el vehículo a otros pasajeros que vayan a destinos alternativos durante su viaje.
- Una persona puede acompañar a un miembro de SCAN Health Plan durante el viaje, pero este servicio debe solicitarse al momento de hacer la reserva. La persona acompañante debe ser mayor de 18 años.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Los viajes solicitados a servicios y destinos no cubiertos por SCAN dentro del área de servicio de SCAN pueden programarse según la disponibilidad del contratista si el viaje cumple con los criterios de Medi-Cal (Medicaid). Si el conductor no llega en 10 minutos, debe llamar al departamento de transporte de SCAN al 1-844-714-2218 para que le enviemos otro conductor. Se proporcionará un nuevo horario de recogida.
- Los conductores solo pueden llevar a los pasajeros al destino original solicitado cuando se hace la reserva.
- Los conductores servicios de vehículos privados (Lyft o Uber) pueden realizar el transporte de rutina. Si no desea esta forma de transporte, debe indicarlo al momento de hacer la reserva.
- Los viajes deben cancelarse si ya no se van a realizar.

Lo que NO está cubierto (exclusiones):

- Los viajes de ida o vuelta que superen el límite de 75 millas por tramo, a menos que se considere médicamente necesario y estén aprobados previamente por la Administración Médica de SCAN.
- Viajes a proveedores y centros médicos no contratados por SCAN Health Plan, como centros de Asuntos de Veteranos (VA), a menos que se apruebe previamente.
- Los equipos o vehículos especializados que se utilicen para transportar miembros que superen lo que los/las proveedores/as contratados por SCAN Health Plan pueden proporcionar.
- Servicio puerta a puerta en edificios sin ascensor en funcionamiento.

F. Apoyos comunitarios

Es posible que reciba apoyos en virtud de su Plan de atención médica personalizado. Los apoyos comunitarios son servicios o entornos alternativos médicamente apropiados y rentables a los cubiertos por el Plan estatal de Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si reúne los requisitos, estos servicios pueden ayudarle a vivir de manera más independiente. No reemplazan los beneficios que ya recibe gracias a Medi-Cal.

Los apoyos comunitarios de CalAIM solo están disponibles/se ofrecen en el condado de Los Angeles

Los apoyos comunitarios son servicios diseñados para ayudar con algo más que las necesidades básicas de salud, promoviendo una mayor independencia y bienestar. Es posible que califique para recibirlos según criterios de elegibilidad específicos. Estos servicios son opcionales y no reemplazan sus beneficios actuales de Medi-Cal.

SCAN ofrece los siguientes servicios de Apoyo a la comunidad para miembros sin hogar o en riesgo de perder la vivienda:

- **Transición de vivienda**



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Ayuda a los miembros a encontrar vivienda, incluida la realización de una evaluación de vivienda, el desarrollo de un plan de apoyo a la vivienda, la búsqueda de vivienda y el aseguramiento de una vivienda.

- **Depósitos para la vivienda**

Proporciona fondos para costos por única vez para establecer una vivienda básica, como depósito de seguridad, tarifas de instalación/depósitos para servicios públicos, limpieza por única vez, muebles y otros bienes.

- **Servicios de arrendamiento y mantenimiento de la vivienda**

Ayuda a los miembros a mantenerse seguros y estables en sus hogares una vez alojados. Esto incluye educación sobre los derechos y responsabilidades de los inquilinos y propietarios, capacitación sobre cómo desarrollar y mantener una relación con los propietarios, y apoyo continuo con actividades de administración del hogar.

- **Alojamiento de poshospitalización a corto plazo**

Ofrece atención en un centro para miembros sin residencia y con necesidades médicas o de salud conductual demandantes después del alta de un hospital para pacientes internados, tratamiento residencial para trastornos por consumo de sustancias o de un centro de recuperación.

- **Servicios para la recuperación**

Proporciona atención a corto plazo en un centro médico para los miembros que necesitan un lugar seguro para recuperarse de una lesión o enfermedad, pero que ya no requieren hospitalización.

Debe cumplir con criterios específicos para obtener estos servicios. Una vez que califique, debe aceptar recibir estos servicios a través de SCAN.

Para recibir asistencia o si desea saber qué Apoyos a la comunidad pueden estar disponibles para usted, llame al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

G. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

Los beneficios que se enumeran a continuación están cubiertos por el plan de pago por servicio de Medi-Cal (Medicaid). La última columna a la derecha indica la cobertura y el costo para usted como miembro de SCAN Connections.

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	PAGO POR SERVICIO MEDI-CAL (MEDICAID)	CONEXIONES DE SCAN (HMO D-SNP)
Servicios de acupuntura	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 por hasta 36 consultas al año según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Días administrativos agudos	\$0 para servicios de Medi-Cal (servicios de Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid)
Sangre y derivados de la sangre	\$0 para servicios cubiertos por Medi-Cal (Medicaid)	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid)
Servicios para Niños de California (CCS)	\$0 para servicios cubiertos por Medi-Cal (Medicaid)	Sin cobertura
Pruebas de biomarcadores de cáncer	\$0 para servicios cubiertos por Medi-Cal (Medicaid)	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid)
Profesional de enfermería familiar certificado	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid)
Servicios de Profesional de Enfermería Pediátrica Certificada	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura
Programa de prevención de discapacidades y salud infantil (CHDP)	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	PAGO POR SERVICIO MEDI-CAL (MEDICAID)	CONEXIONES DE SCAN (HMO D-SNP)
Gestión de casos de intoxicación con plomo en la niñez (proporcionado por los Departamentos de Salud locales de cada condado)	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura
Servicios quiroprácticos	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 por los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. Paga un copago de \$0 por los servicios quiroprácticos (de rutina) no cubiertos por Medicare al año. Límite de 30 visitas al año.
Hemodiálisis crónica	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Servicios comunitarios para adultos (CBAS)	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medi-Cal (Medicaid).
Servicios perinatales integrales	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura.
Servicios por abuso de sustancias tóxicas de Medi-Cal	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 por los servicios por abuso de sustancias tóxicas cubiertos por Medicare. Los servicios de Medi-Cal por abuso de sustancias tóxicas no están cubiertos.

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	PAGO POR SERVICIO MEDI-CAL (MEDICAID)	CONEXIONES DE SCAN (HMO D-SNP)
Equipo médico duradero	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 por el equipo médico duradero cubierto por Medicare. También puede ser elegible para recibir determinados equipos de seguridad para el baño no cubiertos por Medicare según sea necesario. Se aplican criterios.
Servicios de pruebas de detección tempranas y periódicas, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) y servicios complementarios de EPSDT	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura.
Administración mejorada de casos (ECM), según se define en el párrafo 95	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 por los servicios de administración de casos mejorados específicos del estado asociados con sus beneficios de SCAN.
Prueba ampliada de alfafetoproteína (administrada por la enfermedad genética Brance de DCHS)	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura.

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	PAGO POR SERVICIO MEDI-CAL (MEDICAID)	CONEXIONES DE SCAN (HMO D-SNP)
Lentes, lentes de contacto, dispositivos de ayuda para baja visión, prótesis oculares y otros dispositivos oculares	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 por un par de lentes o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. Tiene cobertura de hasta \$500 para la compra de opciones de monturas y cristales o lentes de contacto cada 12 meses. Paga \$0 por dispositivos de ayuda para baja visión, prótesis oculares y otros dispositivos oculares cubiertos por Medi-Cal según sea médicamente necesario.
Centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC) (solo servicios cubiertos por Medi-Cal)	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Audífonos	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (no incluye los servicios de EPSDT)	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 por servicios no exentos basados en el hogar y la comunidad según se definen en los servicios de Medi-Cal. Consulte el Capítulo 4 del Manual para miembros.
Servicios de la Agencia de atención en el hogar	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Servicios de un auxiliar de salud en el hogar	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	PAGO POR SERVICIO MEDI-CAL (MEDICAID)	CONEXIONES DE SCAN (HMO D-SNP)
Cuidados para enfermos terminales	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Servicios hospitalarios del departamento de pacientes ambulatorios y servicios clínicos organizados para pacientes ambulatorios	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Medicamentos para el virus de la inmunodeficiencia humana y el SIDA	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Consulte las Secciones C4 y D3 del Capítulo 6 (Lo que paga) para conocer los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D. Paga \$0 por los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare que estén sujetos a las pautas de cobertura de Medicare.
Histerectomía	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Servicios de salud en centros indígenas (solo servicios cubiertos por Medi-Cal)	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Servicios de exención de atención médica en el hogar y en centros de enfermería	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 por servicios en el hogar no exentos. Consulte el Capítulo 4 del Manual para miembros.
Servicios hospitalarios para pacientes internados	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	PAGO POR SERVICIO MEDI-CAL (MEDICAID)	CONEXIONES DE SCAN (HMO D-SNP)
Servicios en un centro de atención médica intermedia para personas con discapacidades en el desarrollo	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura.
Servicios de rehabilitación en un centro de atención médica intermedia para personas con discapacidades en el desarrollo	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura
Servicios de enfermería en un centro de atención médica intermedia para personas con discapacidades en el desarrollo	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura
Servicios de atención médica intermedia	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Medicare no cubre los centros de atención médica intermedia. Paga \$0 por los servicios recibidos en centros de atención intermedia según se define en el contrato estatal de SCAN.
Servicios de laboratorio, radiológicos y de radioisótopos	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Servicios de parteras con licencia	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura
Servicios de la Agencia Educativa Local (LEA)	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura
Atención a largo plazo (LTC)	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	PAGO POR SERVICIO MEDI-CAL (MEDICAID)	CONEXIONES DE SCAN (HMO D-SNP)
Suministros médicos	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid). Paga \$0 por pañales y compresas para la incontinencia según se define en los servicios de Medi-Cal (Medicaid).
Servicios de transporte médico	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 por los servicios de transporte médico de emergencia y que no sean de emergencia (NEMT), y por los servicios de transporte que no es por un motivo médico (NMT) definidos en las pautas de Medicare y Medi-Cal (Medicaid). Paga \$0 por un acompañante para que lo asista durante el transporte hacia y desde las citas médicas y no médicas cubiertas. El transporte a lugares ubicados a más de 75 millas requiere autorización previa para los servicios NEMT y NMT.
Programa de Servicios Multipropósitos para Personas Mayores (MSSP)	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura.
Servicios de enfermeras anestésistas	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Servicios de enfermeras parteras	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura.

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	PAGO POR SERVICIO MEDI-CAL (MEDICAID)	CONEXIONES DE SCAN (HMO D-SNP)
Servicios de optometría	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 para los servicios de atención la vista de rutina (refracciones) sin cobertura por Medicare, con un límite de hasta 1 examen de la vista cada 12 meses. Tiene cobertura de hasta \$500 para la compra de opciones de monturas y cristales o lentes de contacto cada 12 meses.
Servicios clínicos organizados para pacientes ambulatorios	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Servicios de desintoxicación de heroína para pacientes ambulatorios	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid). Los servicios de desintoxicación de heroína para pacientes ambulatorios cubiertos por Medi-Cal no están cubiertos.
Salud mental para pacientes ambulatorios	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid)
Atención pediátrica subaguda	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura.

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	PAGO POR SERVICIO MEDI-CAL (MEDICAID)	CONEXIONES DE SCAN (HMO D-SNP)
<p>Servicios de atención personal</p>	<p>\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).</p>	<p>Paga \$0 por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención personal: Asistencia para bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama, moverse/caminar y asearse. • Servicios domésticos: Asistencia con limpieza ligera, compra de alimentos, lavandería y preparación de comidas. • Comidas a domicilio: para satisfacer las necesidades nutricionales. • Alivio para el cuidador en el hogar: servicios de cuidado en su hogar cuando su cuidador habitual no esté disponible. • Suministros para la incontinencia: incluyen cremas y baños.

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	PAGO POR SERVICIO MEDI-CAL (MEDICAID)	CONEXIONES DE SCAN (HMO D-SNP)
Servicios farmacéuticos y medicamentos con receta	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	<p>Consulte las Secciones C4 y D3 del Capítulo 6 (Lo que paga) para conocer los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>Paga \$0 por los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare que estén sujetos a las pautas de cobertura de Medicare.</p> <p>Paga \$0 por determinados medicamentos con receta y de venta libre que están cubiertos por el plan conforme a sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid).</p>
Fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y servicios audiológicos	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Servicios médicos	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Servicios de podología	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 por los servicios de podología cubiertos por Medicare.
Prótesis y dispositivos ortopédicos	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	PAGO POR SERVICIO MEDI-CAL (MEDICAID)	CONEXIONES DE SCAN (HMO D-SNP)
Medicamentos psicoterapéuticos	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Consulte las Secciones C4 y D3 del Capítulo 6 (Lo que paga) para conocer los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D. Paga \$0 por los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare que estén sujetos a las pautas de cobertura de Medicare.
Servicios ambulatorios en centros de rehabilitación	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Servicios en centros de rehabilitación	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Homotrasplante renal	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Requisitos aplicables para los servicios complementarios de EPSDT	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura.
Servicios de atención respiratoria	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Servicios en una clínica de salud rural	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Alcance de los servicios de intérpretes de lengua de señas	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	PAGO POR SERVICIO MEDI-CAL (MEDICAID)	CONEXIONES DE SCAN (HMO D-SNP)
Servicios proporcionados en un hospital estatal o federal	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura.
Servicios del Programa Short-Doyle de salud mental de Medi-Cal	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura.
Servicios en un centro de enfermería especializada	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Servicio especial de enfermería	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Servicios especializados de rehabilitación en centros de enfermería especializada y centros de atención intermedia	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura.
Servicios especializados de salud mental	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura.
Servicios apoyados por el estado	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura.
Servicios de atención médica subaguda	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid). Paga \$0 por hasta 5 días de apoyo subagudo o de relevo en un centro de enfermería especializada. Puede usar este servicio después de su alta hospitalaria, una visita a la sala de emergencias (ER) o para servicios de atención médica de relevo.

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	PAGO POR SERVICIO MEDI-CAL (MEDICAID)	CONEXIONES DE SCAN (HMO D-SNP)
Servicios de camas articuladas	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medi-Cal (Medicaid).
Programa de servicios de gestión específica de casos	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura.
Servicios de gestión específica de casos	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Sin cobertura.
Servicios de atención médica transitoria para pacientes internados	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 según se define en los servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
Servicios relacionados con la tuberculosis (TB)	\$0 para servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid).	Paga \$0 por los servicios relacionados con la tuberculosis cubiertos por Medicare. Los servicios de Medi-Cal relacionados con la tuberculosis no están cubiertos.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

G1. Transiciones Comunitarias de California (CCT)

El programa de Transiciones Comunitarias de California (CCT) cuenta con organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal, que han vivido en un centro para pacientes internados durante al menos 90 días consecutivos, a hacer la transición de regreso y permanecer de manera segura en un entorno comunitario. El programa de CCT financia los servicios de coordinación de la transición durante el período previo a la transición y durante los 365 días posteriores para ayudar a los beneficiarios a regresar a un entorno comunitario.

Puede obtener servicios de coordinación de transición de cualquier organización líder de CCT que preste servicios en el condado en el que vive. Puede encontrar una lista de las organizaciones líderes de CCT y los condados en los que brindan servicios en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica en: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para los servicios de coordinación de la transición de CCT

Medi-Cal paga los servicios de coordinación de la transición. No paga nada por estos servicios.

Para los servicios no relacionados con la transición de CCT

El proveedor nos factura sus servicios. Nuestro plan paga los servicios prestados después de su transición. No paga nada por estos servicios.

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

Sin cambios en el beneficio de cobertura para medicamentos

El programa de CCT **no** cubre medicamentos. Usted continúa recibiendo su beneficio normal de medicamentos a través de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** del *Manual para miembros*.

Nota: Si necesita atención de transición fuera de CCT, llame a su coordinador/a de atención para coordinar los servicios. La atención de transición fuera de CCT es aquella que **no** está relacionada con la transición de una institución o centro.

G2. Programa dental de Medi-Cal

Ciertos servicios dentales están disponibles a través del programa dental de Medi-Cal. Encontrará más información en el sitio web de SmileCalifornia.org. El programa dental de Medi-Cal incluye, entre otros, servicios tales como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor
- restauraciones y coronas
- tratamiento de conducto
- dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y revestimientos



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Para obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles en el programa dental de Medi-Cal o si necesita ayuda para encontrar un/a dentista que acepte Medi-Cal, comuníquese con la línea de servicio al cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del programa dental de Medi-Cal están disponibles para ayudarlo de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web en smilecalifornia.org/ para obtener más información.

En los condados de Sacramento y Los Angeles, puede obtener beneficios dentales de Medi-Cal a través de un plan de atención dental administrada (DMC). Si desea obtener más información sobre los planes dentales de Medi-Cal o si desea hacer cambios, comuníquese con Health Care Options al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita. Los contactos de DMC también están disponibles aquí: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

Nota: Nuestro plan ofrece servicios dentales adicionales. Consulte la Tabla de beneficios en la **Sección D** para obtener más información.

G3. Cuidados para enfermos terminales

Tiene derecho a elegir un centro de cuidado para enfermos terminales/hospicio si su proveedor y el director médico del 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 recibir atención en cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare. El médico/la médica del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.

Consulte la Tabla de beneficios en la **Sección D** para obtener más información sobre lo que pagamos mientras recibe servicios de cuidados para enfermos terminales.

Para servicios de hospicio y servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal

- El proveedor del hospicio factura a Medicare por sus servicios. Medicare paga los servicios de hospicio relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. No paga nada por estos servicios.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal

- El proveedor facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. No paga nada por estos servicios.

Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** del *Manual para miembros*.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Nota: Si tiene una enfermedad grave, puede ser elegible para cuidados paliativos, que brindan atención centrada en el paciente y la familia basada en el equipo para mejorar su calidad de vida. Es posible que reciba cuidados paliativos al mismo tiempo que los cuidados curativos/regulares. Consulte la sección Cuidados paliativos arriba para obtener más información.

Nota: Si necesita atención médica fuera del hospicio, llame a su coordinador de atención para coordinar los servicios. Los cuidados fuera del hospicio son aquellos que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal.

G4. Servicios de salud conductual del condado proporcionados fuera de nuestro plan (servicios para la salud mental y para trastornos por el uso de sustancias)

Tiene acceso a servicios de salud conductual médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a servicios de salud conductual cubiertos por la atención administrada de Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan no proporciona servicios de Medi-Cal especializados en salud mental o en trastornos por uso de sustancias provistos en el condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través de las agencias de salud conductual del condado.

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están a su disposición a través del plan de salud mental del condado (MHP) siempre que cumpla con los criterios para acceder a servicios especializados de salud mental. Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal proporcionados por el MHP de su condado incluyen los siguientes:

- Servicios de salud mental
- Servicios de apoyo relacionados con medicamentos
- Tratamiento intensivo diurno
- Rehabilitación diurna
- Intervención en situaciones de crisis
- Estabilización en situaciones de crisis
- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial en situaciones de crisis
- Servicios en un centro de salud psiquiátrica
- Servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes internados
- Gestión específica de casos
- Servicios conductuales terapéuticos



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

- Coordinación de cuidados intensivos
- Servicios intensivos en el hogar

Los servicios del Sistema de entrega organizada de medicamentos de Medi-Cal están disponibles para usted a través de la agencia de salud conductual de su condado si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de medicamentos de Medi-Cal proporcionados por su condado incluyen:

- Servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- Tratamiento residencial perinatal para el trastorno por consumo de sustancias
- Servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- Programa de tratamiento de narcóticos
- Medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamados tratamiento asistido por medicamentos)
- Servicios de apoyo entre pares
- Servicios móviles de intervención ante crisis basados en la comunidad

Los servicios del Sistema de Entrega Organizada de medicamentos de Medi-Cal incluyen los siguientes:

- Servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- Servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- Servicios de hospitalización parcial
- Medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamados tratamiento asistido por medicamentos)
- Servicios de tratamiento residencial
- Servicios de gestión de retiros
- Programa de tratamiento de narcóticos
- Servicios de recuperación
- Coordinación de la atención
- Servicios de apoyo entre pares



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

- Servicios móviles de intervención ante crisis basados en la comunidad
- Servicios de gestión de contingencias

Además de los servicios mencionados anteriormente, puede tener acceso a servicios voluntarios de desintoxicación para pacientes hospitalizados si cumple con los criterios.

H. Beneficios que no están cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medi-Cal

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

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna circunstancia, y algunos que excluimos solo en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que se enumeran en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual para miembros*), excepto en los casos específicos mencionados. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no pagará por los servicios. Si considera que nuestro plan debe pagar por un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros*.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- Servicios considerados no "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 Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubra. Consulte el **Capítulo 3** del *Manual para miembros* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamientos quirúrgicos para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Personal de enfermería privada.
- Objetos personales en su habitación de un hospital o de una residencia para personas mayores, como teléfono o televisión.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Tarifas cobradas por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluida pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, antienvjecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sea médicamente necesario.
- Cirugía estética u otros procedimientos cosméticos, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tenga la forma correcta. Sin embargo, pagamos por la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y por tratar la otra mama para que sea compatible.
- Cuidado de rutina de los pies, excepto lo que se describe en los servicios de podología en la Tabla de beneficios de la **Sección D**.
- Zapatos ortopédicos, a menos que formen parte de un soporte ortopédico y estén incluidos en el costo de este, o que los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, a excepción de zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para visión reducida.
- Reversión de un procedimiento de esterilización.
- Servicios de naturoterapia (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y los gastos compartidos del VA son mayores que los gastos compartidos según nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Usted sigue siendo responsable de los montos de sus gastos compartidos.
- Biorretroalimentación.
- Férulas dentales, prótesis dentales o cualquier tratamiento dental para los dientes, las encías o las mandíbulas o tratamientos dentales relacionados con el síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).
- Artículos comprados por el miembro en línea o en una tienda minorista sin autorización previa.
- Scooters de rodilla.
- Servicios médicos y hospitalarios brindados un donante para trasplante cuando el receptor del trasplante de órgano no es miembro de SCAN Health Plan.
- Marihuana medicinal.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

- Trasplantes de órganos no cubiertos por Medicare.
- Accesorios opcionales o adicionales para equipos médicos duraderos, dispositivos correctivos o prótesis que se proporcionen principalmente para la comodidad o conveniencia del miembro, o que se utilicen principalmente en la comunidad, incluida la remodelación del hogar y la modificación de vehículos.
- Objetos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisor.
- Servicios y tratamientos previamente programados o planificados para cualquier afección conocida o procedimientos electivos recibidos mientras estaba fuera del área de servicio.
- Servicios de tratamiento residencial por abuso de sustancias tóxicas.
- Atención de rutina o servicios médicos opcionales de proveedores que no pertenecen a la red del plan sin una recomendación o autorización previa aprobada por SCAN Health Plan.
- Servicios para condiciones cubiertas por la compensación para trabajadores.
- Los servicios recibidos fuera de la red, si viajó a ese lugar con el propósito expreso de recibir servicios médicos, suministros o medicamentos sin autorización previa.
- Servicios recibidos fuera del área de servicio que previamente fueron autorizados para proporcionarse dentro de la red (incluidos, entre otros, oxígeno, análisis de sangre de rutina, quimioterapia o cirugías que no sean de emergencia).
- Servicios prestados que superen los límites de visitas o los máximos de los beneficios.
- Tratamiento para afecciones que sean resultado de actos de guerra (declarada o no), o un acto de guerra que ocurra después de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura actual de beneficios de seguro hospitalario o beneficios de seguro médico complementario.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Capítulo 5: Obtención de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Introducción

En este capítulo se explican las normas para obtener los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor pide y que usted obtiene en una farmacia o por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medi-Cal. El **Capítulo 6** del *Manual para miembros* le indica lo que paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones están ordenados de forma alfabética en el último capítulo del Manual para miembros.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se traten en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare:** Estos generalmente incluyen medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o residencia para personas mayores.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare:** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio con un/a médico/a u otro/a proveedor/a, y medicamentos que se administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** del *Manual para miembros*.
- Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y los beneficios médicos del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted se encuentra en un hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección F del **Capítulo 5** "Si participa en un programa de hospicio certificado por Medicare".

Normas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando siga las normas de esta sección.

Debe contar con un proveedor (médico/a, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que le escriba una receta que debe ser válida según la ley estatal correspondiente. Esta persona suele ser su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro/a proveedor/a si su PCP lo/a ha recomendado para recibir atención.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

La persona autorizada a dar recetas **no** debe estar en las listas de exclusión de Medicare ni en cualquier lista similar de Medi-Cal.

Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir sus medicamentos con receta. O puede obtener sus medicamentos con receta a través del servicio de pedido por correo del plan.

El medicamento con receta debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Nosotros la denominamos “*Lista de medicamentos*” para abreviarla. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no figura en la *Lista de medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo concediéndole una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para obtener información sobre cómo pedir una excepción.
- Tenga en cuenta también que la solicitud para cubrir su medicamento con receta se evaluará según las normas de Medicare y Medi-Cal.

Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Es posible que su persona autorizada a dar recetas pueda ayudarle a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento con receta. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la **Sección G del Capítulo 9**).

Es posible que su medicamento necesite aprobación para que lo cubramos. Consulte la **Sección C** de este capítulo.

Tabla de contenidos

A. Cómo surtir sus recetas	161
A1. Surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan	161
A2. Usar su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta	161
A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red	161
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red	161
A5. Utilizar una farmacia especializada	162
A6. Usar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos	162
A7. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	164



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

A8. Usar una farmacia que no pertenezca a la red de nuestro plan	165
A9. Reembolsarle el costo de una receta	165
B. <i>Lista de medicamentos</i> de nuestro plan	165
B1. Medicamentos incluidos en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	166
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	166
B3. Medicamentos que no figuran en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	167
B4. Niveles de gastos compartidos de la <i>Lista de medicamentos</i>	168
C. Límites para algunos medicamentos	168
D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto.....	170
D1. Obtener un suministro temporal	170
D2. Solicitar un suministro temporal.....	172
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	172
F. Cobertura para medicamentos en casos especiales	175
F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan	175
F2. En un centro de atención médica a largo plazo	175
F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare.....	175
G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos.....	176
G1. Programas para ayudarlo a usar los medicamentos de manera segura.....	176
G2. Programas para ayudarlo a controlar sus medicamentos	176
G3. Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opioides	177



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

A. Cómo surtir sus recetas

A1. Surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

En la mayoría de los casos, pagamos los medicamentos con receta solo cuando los surtimos en una de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una droguería que aceptó surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros.

A2. Usar su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo de su medicamento con receta cubierto. Es posible que deba pagar un copago a la farmacia cuando retire su receta.

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro en el momento de surtir su receta, puede pedirle a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria o que busque la información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire. En ese caso, puede pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para solicitarnos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** del *Manual para miembros*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicios para Miembros.

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de receta, puede pedir que un/a proveedor/a le extienda una nueva receta o pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, comuníquese con Servicios para Miembros.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que utiliza deja de formar parte de la red de nuestro plan, debe encontrar una nueva farmacia de la red.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Para encontrar una nueva farmacia de la red, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros.

A5. Utilizar una farmacia especializada

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

- Farmacias que suministran medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para los residentes de un centro de atención médica a largo plazo, como una residencia para personas mayores.
 - Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si la farmacia de su centro de atención médica a largo plazo no pertenece a nuestra red o tiene dificultades para conseguir sus medicamentos en un centro de atención médica a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan servicios a las farmacias del Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP), de la Organización para la población indígena urbana (UIO) o del Programa de atención médica en centros indígenas tribales o urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en caso de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Esto solo ocurre en raras ocasiones).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros.

A6. Usar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de hasta 100 días. Los suministros para 100 días tienen el mismo copago que los suministros para un mes.

Surtir recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicios para Miembros.

Por lo general, una receta de pedido por correo llega dentro de los 14 días. Si su receta tarda más de 14 días en procesarse, puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener la aprobación para un resurtido en una farmacia local.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Procedimiento para realizar pedidos por correo

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

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surte y entrega automáticamente las nuevas recetas que obtiene de usted.

2. Nuevas recetas que la farmacia obtiene del consultorio de su proveedor

La farmacia surte y entrega automáticamente las nuevas recetas que recibe de los/las proveedores/as de atención médica, sin verificar primero con usted si:

- Utilizó los servicios de pedidos por correo con nuestro plan en el pasado, o
- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las recetas nuevas que recibe directamente de los/las proveedores/as de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento llamando al 1-866-553-4125, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Si nunca ha utilizado los servicios de pedidos por correo con este plan, la farmacia se comunicará con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo cuando un proveedor de atención médica envíe su primera receta directamente a la farmacia. Asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted llamando al 1-866-553-4125, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si recibe automáticamente por correo una receta que no desea, y si no fue contactado para verificar si la deseaba antes de que se la enviaran, puede ser elegible para un reintegro.

Si usted utilizó un pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia le surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando al 1-866-553-4125, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si nunca utilizó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para averiguar si desea que le surtan y envíen el medicamento inmediatamente.

- Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le esté entregando el medicamento correcto (concentración, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permite cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Para desinscribirse de los envíos automáticos de nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, contáctenos al 1-866-553-4125, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

3. Resurtidos de los medicamentos con receta de venta por correo

Para los resurtidos de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Bajo este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que está a punto de quedarse sin su medicamento.

- La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.
- Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se agote su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando al 1-866-553-4125, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Infórmele a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted para que puedan confirmar su pedido antes de enviarlo llamando al 1-866-553-4125, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Póngase en contacto con nosotros para informarnos la mejor manera de comunicarnos con usted.

A7. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento que se encuentran en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Los suministros para 100 días tienen el mismo copago que los suministros para un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.

Puede utilizar los servicios de pedidos por correo de nuestra red del plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

A8. Usar una farmacia que no pertenezca a la red de nuestro plan

Por lo general, pagamos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. En estos casos, primero consulte con Servicios para Miembros para averiguar si hay alguna farmacia de la red cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Pagamos los medicamentos con receta que se obtienen en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto a tiempo dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que brinden servicio las 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento con receta cubierto que no se almacena regularmente en una farmacia minorista o de pedido por correo elegible de la red.
- Si viaja dentro de Estados Unidos, pero está fuera del área de servicio del plan, y se enferma o se le acaban los medicamentos con receta, cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia fuera de la red si usted sigue todas las demás normas de cobertura identificadas en este documento y en el formulario, y si no hay disponible una farmacia de la red.
- Los resurtidos fuera de la red se evaluarán caso por caso.

A9. Reembolsarle el costo de una receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total, en lugar de un copago, cuando obtiene su medicamento. Puede pedirnos que le reembolsemos el monto de la parte del costo que nos corresponde pagar.

Para obtener más información sobre esto, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para miembros*.

B. Lista de medicamentos de nuestro plan

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “*Lista de medicamentos*” para abreviarla.

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos/as y farmacéuticos/as. La *Lista de medicamentos* también le indica las normas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan cuando usted sigue las normas que le explicamos en este capítulo.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

B1. Medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Algunos medicamentos con receta y de venta libre están cubiertos por los beneficios de Medi-Cal (Medicaid) con la receta de un/a médico/a en nuestras farmacias de la red.

Comuníquese con Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web

(www.scanhealthplan.com) para obtener información adicional sobre los medicamentos cubiertos.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo un nombre de marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra *Lista de medicamentos*, cuando nos referimos a "medicamentos", podría tratarse de un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y, por lo general, cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

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

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

Para averiguar si un medicamento que toma está en nuestra *Lista de medicamentos*, puede:

- Consulte la *Lista de medicamentos* más reciente que proporcionamos de forma electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan en www.scanhealthplan.com.
- La *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web es siempre la más actualizada.
- Llamar a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento está incluido en nuestra *Lista de medicamentos* o para pedir una copia de la lista.
- Use nuestra "Herramienta de beneficios en tiempo real" en www.scanhealthplan.com o llame a Servicios para Miembros. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* para obtener una estimación de lo que le corresponde pagar y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Enviar un correo electrónico a MemberServices@scanhealthplan.com y pedir una copia de la *Lista de medicamentos*.

B3. Medicamentos que no figuran en nuestra *Lista de medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de medicamentos* porque la ley no nos permite cubrirlos. En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Estos se llaman **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta para un medicamento excluido, es posible que tenga que pagarlo usted mismo. Si cree que deberíamos pagar por un medicamento excluido debido a su caso particular, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros* para obtener más información sobre las apelaciones.

Estos son los tres motivos generales por los que excluimos medicamentos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye la Parte D de Medicare) no puede pagar un medicamento que la Parte A o la Parte B de Medicare ya cubren. Nuestro plan cubre medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Es posible que su médico/a u otro proveedor le recete un determinado medicamento para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para ese fin. Esto se denomina "uso no indicado en la etiqueta". Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos con receta para usos no indicados en la etiqueta.

Además, por ley, Medicare no puede cubrir los tipos de medicamentos que se enumeran a continuación. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted por su cobertura para medicamentos de Medi-Cal. Comuníquese con Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web (www.scanhealthplan.com) para obtener información adicional sobre los medicamentos cubiertos.

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que diga que debe hacerse pruebas o recibir servicios ofrecidos solo por ellos.

Algunos medicamentos con receta y de venta libre están cubiertos por los beneficios de Medi-Cal (Medicaid) con la receta de un/a médico/a en nuestras farmacias de la red. Comuníquese con Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web (www.scanhealthplan.com) para obtener información adicional sobre los medicamentos cubiertos.

B4. Niveles de gastos compartidos de la *Lista de medicamentos*

Todos los medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* se encuentran en uno de los cinco niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca o genéricos). En general, cuanto mayor sea el nivel de gastos compartidos, mayor será su costo por el medicamento.

- Nivel 1 de gastos compartidos: Medicamentos genéricos preferidos. Este nivel incluye medicamentos genéricos (el nivel más bajo).
- Nivel 2 de gastos compartidos: Medicamentos genéricos. Este nivel incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de gastos compartidos: Medicamentos de marca preferidos. Este nivel incluye insulina, otros medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 de gastos compartidos: Medicamentos no preferidos. Este nivel incluye medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 5 de gastos compartidos: Medicamentos especializados. Este nivel incluye medicamentos especializados (el nivel más alto).

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la *Lista de medicamentos* del plan.

El **Capítulo 6** del *Manual para miembros* indica el monto que paga por los medicamentos en cada nivel.

C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que limitan cómo y en qué casos están cubiertos por nuestro plan. Por lo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y efectivo.

Si hay una norma especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Por



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

ejemplo, es posible que su proveedor tenga que decirnos su diagnóstico o proporcionar los resultados de sus análisis de sangre. Si usted o su proveedor piensan que nuestra norma no debería aplicarse a su situación, puede pedirnos que hagamos una excepción. Podemos o no estar de acuerdo en permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros*.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando esté disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable.

Por lo general, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original y suele costar menos. Si hay disponible una versión biosimilar genérica o intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, las farmacias de nuestra red le ofrecen la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos indicó el motivo médico por el que el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarían para usted, entonces cubrimos el medicamento de marca.
- Su copago puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o la persona que receta deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Esto se **denomina autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

3. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede obtener. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, podríamos limitar la cantidad que puede obtener cada vez que surta su receta de cierto medicamento.

Para saber si alguna de las normas anteriores se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en www.scanhealthplan.com. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura por cualquiera de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros*.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto

Tratamos de que su cobertura para medicamentos funcione bien para usted, pero a veces un medicamento puede no estar cubierto de la manera que usted desea. Por ejemplo:

- Puede que nuestro plan no cubra el medicamento que desea tomar. Es posible 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 desea tomar. Esto puede suceder si un medicamento es nuevo y aún no se ha revisado su seguridad y eficacia.
- Puede que nuestro plan cubra el medicamento, pero que existan normas o límites especiales en la cobertura. Como se explicó en la sección anterior (C. Límites de algunos medicamentos), algunos medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o la persona autorizada a dar recetas quieran pedirnos una excepción.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera que usted quiere que lo cubramos.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no está en nuestra *Lista de medicamentos* o está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de usar un medicamento diferente o para pedirnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con las dos normas siguientes:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no figura en nuestra *Lista de medicamentos* o
 - nunca estuvo en nuestra *Lista de medicamentos* (aplicable solo a los miembros nuevos) o
 - ahora está limitado de alguna manera.
2. Debe estar en una de estas situaciones:
 - Usted estuvo en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Este suministro temporal es para un suministro de hasta 30 días (para aquellos miembros que no estén en un centro de atención médica a largo plazo) o 31 días (para aquellos miembros que residan en un centro de atención a largo plazo).
- Si su receta abarca menos días, permitimos resurtidos múltiples para proporcionar hasta un máximo de un suministro para 30 días (para aquellos miembros que no están en un centro de atención médica a largo plazo) o un suministro para 31 días (para aquellos miembros que residen en un centro de atención médica a largo plazo) de medicamentos. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
- Las farmacias de los centros de atención médica a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento con receta en pequeñas cantidades a la vez para evitar el uso indebido.
- Usted es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal es para un suministro de hasta 30 días (para aquellos miembros que no estén en un centro de atención médica a largo plazo) o 31 días (para aquellos miembros que residan en un centro de atención a largo plazo).
 - Si su receta está indicada para menos días, permitiremos surtir varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días.
 - Las farmacias de los centros de atención médica a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento con receta en pequeñas cantidades a la vez para evitar el uso indebido.
- Usted ha estado en nuestro plan por más de 90 días, vive en un centro de atención médica a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro para 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. Esto es adicional al suministro temporal anterior.
- **Para los miembros que pasan de un centro de atención médica a largo plazo (LTC) o de un hospital al hogar:**
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento para un máximo de 30 días, o menos, si su receta está indicada para menos días.
- **Para los miembros que pasan del hogar o de un hospital a un centro de atención médica a largo plazo (LTC):**
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento para un máximo de 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

D2. Solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros.

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, consulte con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se agote el suministro.

Estas son sus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

Es posible que nuestro plan cubra un medicamento diferente que funcione para su caso. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

O

- Pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos 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 tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarle a solicitar una. Responderemos a su solicitud de una excepción en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas).

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podemos añadir o eliminar medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* durante el año. También podemos cambiar nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Agregar o quitar medicamentos de la *Lista de medicamentos*.
- Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.
- Decidir requerir o no requerir aprobación previa (PA) para un medicamento (permiso de nuestra parte antes de que pueda obtener un medicamento).
- Añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Para obtener más información sobre estas normas sobre medicamentos, consulte la **Sección C**.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Si toma un medicamento que estaba cubierto **al comienzo** del año, generalmente, no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione tan bien como un medicamento presente en nuestra *Lista de medicamentos* ahora, o
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento se retire del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que está tomando?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia nuestra *Lista de medicamentos*, siempre puede:

- Consultar nuestra *Lista de medicamentos* actualizada en línea en www.scanhealthplan.com o
- Llamar a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página para consultar nuestra *Lista de medicamentos* actualizada.

Cambios que podríamos realizar en la Lista de medicamentos que lo afecten durante el año actual del plan

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* ocurrirán de inmediato. Por ejemplo:

- Hay un nuevo medicamento genérico. A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que funciona tan bien como un medicamento de marca o un producto biológico original de la *Lista de medicamentos*. Cuando eso sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, con las mismas restricciones o menos, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o será menor.

Si agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus normas o límites de cobertura.

- Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que suceda.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una "excepción" de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Un medicamento se retira del mercado. Si la FDA dice que un medicamento que usted está tomando no es seguro o efectivo, o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, podemos retirarlo de inmediato de nuestra *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de hacer el cambio. Debe consultar con la



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer cualquier restricción nueva del medicamento que esté tomando.

Podemos realizar otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos por adelantado sobre estos otros cambios en nuestra *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas directrices o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando ocurren estos cambios, nosotros:

- Le informaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en nuestra *Lista de medicamentos* o
- Le informaremos esto y le entregaremos un suministro del medicamento para los 30 días posteriores a que solicite un resurtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de medicamentos* que pueda en su lugar, o
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros*.

Cambios a la *Lista de medicamentos* que no lo afectan durante el año actual del plan

Es posible que hagamos cambios en los medicamentos que toma que no se describieron anteriormente y que no le afecten ahora. Para esos cambios, si toma un medicamento que estaba cubierto **al comienzo** del año, generalmente, no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si retiramos un medicamento que está tomando o limitamos su uso (excepto en casos de retiro del mercado, cuando un medicamento genérico reemplace un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso del medicamento ni lo que le corresponde pagar por el mismo durante el resto del año. No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el presente año del plan. Deberá verificar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el próximo año del plan.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que está tomando (excepto los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del año siguiente.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año en curso. Deberá verificar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio que lo/a afectarán durante el próximo año del plan.

F. Cobertura para medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubrimos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. No pagará un copago. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos siempre y cuando cumplan con todas nuestras normas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que paga, consulte el **Capítulo 6** del *Manual para miembros*.

F2. En un centro de atención médica a largo plazo

Por lo general, un centro de atención médica a largo plazo, como una residencia para personas mayores, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si vive en un centro de atención médica a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro si forma parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención médica a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros. Si se encuentra en un centro de atención médica a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de dichos centros.

F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que esté inscrito/a en un hospicio de Medicare y necesite ciertos medicamentos (p. ej., un analgésico, un medicamento contra las náuseas, un laxante o un ansiolítico) que su hospicio no cubra porque no está relacionado con su diagnóstico y afecciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación de la persona autorizada a dar recetas o de su proveedor de hospicio en la que indique que el medicamento no está relacionado con su diagnóstico antes de que podamos cubrir el medicamento.
- Para evitar demoras en la obtención de medicamentos no relacionados con su diagnóstico que nuestro plan debería cubrir, puede pedirle al proveedor del hospicio o a la persona que le receta sus medicamentos que se aseguren de que tengamos la notificación antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Si abandona el hospicio, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que dejó el hospicio.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que informan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** del *Manual para miembros* para obtener más información sobre el beneficio de hospicio.

G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que surte una receta, buscamos posibles problemas, como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- puedan no ser necesarios porque toma otro medicamento que hace lo mismo;
- puedan no ser seguros para su edad o sexo;
- puedan hacerle daño si los toma al mismo tiempo;
- tengan ingredientes a los que es o puede ser alérgico;
- tengan posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando;
- tengan cantidades peligrosas de analgésicos opioides.

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos con receta, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

G2. Programas para ayudarle a controlar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En tales casos, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de administración de farmacoterapia (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma;
- cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos;
- la mejor manera de tomar sus medicamentos;
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Luego, le ofrecerán lo siguiente:

- Un resumen escrito de esta discusión. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para lograr el mejor uso de sus medicamentos.
- Una lista personalizada de medicamentos que incluye todos los medicamentos que toma, cuánto toma de cada uno, y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con la persona que receta sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos/as, farmacéuticos/as y otros/as proveedores/as de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, háganoslo saber y lo sacaremos de él.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros.

G3. Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opioides

Nuestro plan tiene un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que con frecuencia se usan indebidamente. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios dispensadores o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podríamos hablar con sus dispensadores para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. En conjunto con las personas que le recetan, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o con benzodiazepinas con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Requerirle que obtenga todas las recetas para esos medicamentos de una farmacia determinada o de una persona que receta determinada.
- Limitar la cantidad de los medicamentos que cubrimos para usted.

Si consideramos que una o más limitaciones deben aplicarse a usted, le enviamos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para su caso, o si se le pedirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Tendrá la oportunidad de decirnos qué personas que recetan o farmacias prefiere utilizar y cualquier información que considere importante que conozcamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta en la que le confirmamos las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo en que corre riesgo de usar indebidamente medicamentos con receta o no está de acuerdo con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos nuestra decisión. Si continuamos negando alguna parte de su apelación relacionada con las limitaciones a su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de revisión independiente (IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y las IRO, consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros*).

Es posible que el DMP no se aplique a usted si:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia de células falciformes;
- está recibiendo cuidados de un hospicio, cuidados paliativos o para el final de la vida; o
- vive en un centro de atención médica a largo plazo.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta en Medicare y Medi-Cal (Medicaid)

Introducción

Este capítulo describe lo que paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Por "medicamento" nos referimos a:

- Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare y
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal

Debido a que es elegible para Medi-Cal, recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. Le enviamos un inserto separado que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como "Low Income Subsidy Rider" (Cláusula adicional para personas de bajos ingresos) o "LIS Rider" (Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS".

Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda adicional también se denomina "Subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Para obtener más información sobre los medicamentos con receta, puede buscar en los siguientes lugares:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.
 - También llamada "*Lista de medicamentos*". Le indica:
 - Qué medicamentos pagamos.
 - En cuál de los cinco niveles se encuentra cada medicamento.
 - Si hay algún límite para los medicamentos.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

- Si necesita una copia de nuestra *Lista de medicamentos*, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en www.scanhealthplan.com.
- Algunos medicamentos con receta y de venta libre, que no están en la Lista de medicamentos, están cubiertos por sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid) con la receta de su médico/a en las farmacias de nuestra red. Comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que se encuentra al final de esta página o visite nuestro sitio web (www.scanhealthplan.com) para obtener información adicional sobre qué medicamentos están cubiertos.
- El **Capítulo 5** del *Manual para miembros*.
 - Le indica cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye normas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos con receta no cubre nuestro plan.
 - Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar información sobre la cobertura de medicamentos (consulte la Sección B2 del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que se muestra en la herramienta refleja un momento específico para proporcionar una estimación de los costos que se espera que pague de su bolsillo. Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, debe utilizar una farmacia de la red para obtener los medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera las farmacias de la red. Consulte el **Capítulo 5** del Manual para miembros para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Tabla de contenidos

A. Explicación de beneficios (EOB).....	182
B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos	183
C. Etapas de pago de medicamentos para medicamentos de la Parte D de Medicare o suministro de medicamentos a largo plazo.....	184



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

C1. Nuestros niveles de costos compartidos	185
C2. Sus opciones de farmacia	185
C3. Conseguir un suministro a largo plazo de un medicamento.....	186
C4. Lo que paga usted	186
D. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial.....	188
D1. Sus opciones de farmacia	188
D2. Conseguir un suministro a largo plazo de un medicamento.....	189
D3. Lo que paga usted.....	189
D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial	190
E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica.....	191
F. Los costos de los medicamentos si el médico/la médica le receta para menos de un mes completo.....	191
G. Asistencia de gastos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.....	192
G1. Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP).....	192
G2. Si no está inscrito/a en ADAP	192
G3. Si está inscrito/a en ADAP	192
H. Vacunas	192
H1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	193
H2. Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare	193



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

A. Explicación de beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos con receta. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Los **costos de su bolsillo**. Esta es la cantidad de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas. Esto incluye lo que pagó al recibir un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizados por un/a amigo/a o pariente, por la “Ayuda Adicional” de Medicare, planes de salud sindicales o del empleador, TRICARE, el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, Programas de Asistencia de Medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas, y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Sus **costos totales de medicamentos**. No paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Aquí encontrará lo que el plan pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos con receta a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios*. Lo llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información del mes**. El resumen indica qué medicamentos con receta recibió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos y lo que pagaron usted y otras personas que pagan por usted.
- **Información del año hasta la fecha**. Estos son los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre los precios de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando estén disponibles, aparecerán en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se tienen en cuenta para los costos totales que paga de su bolsillo.
- Algunos medicamentos con receta y de venta libre están cubiertos por los beneficios de Medi-Cal (Medicaid) con la receta de un/a médico/a en nuestras farmacias de la red. Comuníquese con Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web (www.scanhealthplan.com) para obtener información adicional sobre los medicamentos cubiertos.
- Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza, utilizamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Puede ayudarnos de la siguiente forma:

1. Use su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y cuánto paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

En algunos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo. Envíenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que pagó. Puede pedirnos que le reembolsemos el monto de la parte del costo que nos corresponde pagar del medicamento.

Estos son algunos ejemplos en los que debe enviarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuentos que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por medicamentos que recibe en virtud del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto.

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reembolso de la parte que nos corresponde del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** del *Manual para miembros*.

3. Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para los costos de bolsillo. Por ejemplo, para los costos de bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Esto puede ayudarle a calificar para la cobertura catastrófica. Cuando llega a la Etapa de cobertura catastrófica, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

4. Consulte las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Consulte las fechas. ¿Recibió algún medicamento ese día?
- **¿Recibió los medicamentos listados?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que le recetó su médico?

Para obtener más información, puede llamar a Servicios para Miembros de SCAN Connections o leer el *Manual para miembros* de SCAN Connections. Puede acceder al *Manual para miembros* en www.scanhealthplan.com/scan-resources/plan-materials.

¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, llámenos a Servicios para Miembros de SCAN Connections.

¿Y en casos de posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios para Miembros de SCAN Connections.
- 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, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si sospecha que un/a proveedor/a que recibe Medi-Cal ha cometido fraude, despilfarro o abuso, tiene derecho a denunciarlo/a llamando al número gratuito confidencial 1-800-822-6222. Puede encontrar otros métodos para denunciar fraudes de Medi-Cal en: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Si cree que algo está mal o falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Etapas de pago de medicamentos para medicamentos de la Parte D de Medicare o suministro de medicamentos a largo plazo

En nuestro plan, hay dos etapas de pago para su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. Lo que paga depende de la etapa en la que se encuentre al momento de surtir o de resurtir un medicamento con receta. Estas son las dos etapas:



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica
<p>Durante esta etapa, pagamos una parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago.</p> <p>Comienza en esta etapa cuando obtiene la primera receta del año.</p>	<p>Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2025.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando haya pagado una cierta cantidad de costos de bolsillo.</p>

C1. Nuestros niveles de costos compartidos

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número de nivel, mayor será el copago. Para encontrar los niveles de gastos compartidos para sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

- Nivel 1 de gastos compartidos: Medicamentos genéricos preferidos. Este nivel incluye medicamentos genéricos (el nivel más bajo).
- Nivel 2 de gastos compartidos: Medicamentos genéricos. Este nivel incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de gastos compartidos: Medicamentos de marca preferidos. Este nivel incluye insulina, otros medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 de gastos compartidos: Medicamentos no preferidos. Este nivel incluye medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 5 de gastos compartidos: Medicamentos especializados. Este nivel incluye medicamentos especializados (el nivel más alto).

C2. Sus opciones de farmacia

El monto que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento en:

- una farmacia de la red, **o**
- una farmacia minorista de la red que ofrece gasto compartido preferido, **o**
- una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual para miembros* para averiguar cuándo lo hacemos, **o**
- una farmacia de pedido por correo.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros* para saber cómo presentar una apelación si le informan que un medicamento no estará cubierto. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte el **Capítulo 5** del *Manual para miembros* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

C3. Conseguir un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") cuando surte el medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de 100 días. Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

Para obtener más información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** del

Manual para miembros o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

C4. Lo que paga usted

Es posible que pague un copago cuando surta una receta. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

Algunos medicamentos con receta y de venta libre están cubiertos por los beneficios de Medi-Cal (Medicaid) con la receta de un/a médico/a en nuestras farmacias de la red.

Comuníquese con Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web (www.scanhealthplan.com) para obtener información adicional sobre los medicamentos cubiertos.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Su parte del costo cuando recibe un suministro para un mes de un medicamento con receta cubierto de*:

	Costo compartido en farmacia minorista estándar y de pedido por correo (Dentro de la red) (un suministro para 30 días como máximo)	Costo compartido en farmacia minorista preferida (Dentro de la red) (un suministro para 30 días como máximo)	Costo compartido en farmacia minorista y de pedido por correo estándar (un suministro para 30 días como máximo)	Costo compartido en farmacia de atención a largo plazo (LTC) (un suministro para 31 días como máximo)	Costo compartido farmacia de fuera de la red (La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 del <i>Manual para miembros</i> para obtener detalles). (un suministro para 30 días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido (Genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido (Genéricos)	Copago de \$0 o \$1	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 o \$1	Copago de \$0 o \$1
Nivel 3 de costo compartido (De marca preferidos)	Insulina	Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos tratados como genéricos): - Copago de \$0, \$1.60 o \$4.90 Todos los demás medicamentos: - Copago de \$0, \$4.80 o \$12.15			
	Otros medicamentos				
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)					
Nivel 5 de costo compartido (De especialidad)					

*Si recibe "Ayuda adicional", su parte del costo para un suministro para un mes de un medicamento con receta de la Parte D cubierto depende del nivel de "Ayuda adicional" que reciba. Para obtener más información sobre los costos de los medicamentos, consulte el inserto separado ("LIS Rider").



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

D. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel de gastos compartidos en el que se encuentre el medicamento y de dónde lo obtenga.

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número de nivel, mayor será el copago. Para encontrar los niveles de gastos compartidos para sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

- Nivel 1 de gastos compartidos: Medicamentos genéricos preferidos. Este nivel incluye medicamentos genéricos (el nivel más bajo).
- Nivel 2 de gastos compartidos: Medicamentos genéricos. Este nivel incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de gastos compartidos: Medicamentos de marca preferidos. Este nivel incluye insulina, otros medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 de gastos compartidos: Medicamentos no preferidos. Este nivel incluye medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 5 de gastos compartidos: Medicamentos especializados. Este nivel incluye medicamentos especializados (el nivel más alto).

D1. Sus opciones de farmacia

El monto que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento en:

- una farmacia de la red
- una farmacia minorista de la red que ofrece gasto compartido preferido
- una farmacia de venta por correo del plan
- una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual para miembros* para averiguar cuándo lo hacemos.

Para obtener más información sobre estas opciones, consulte el **Capítulo 5** del *Manual para miembros* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

D2. Conseguir un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") cuando surte el medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de 100 días. Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

Para obtener más información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** del *Manual para miembros* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D3. Lo que paga usted

Durante la Etapa de cobertura inicial, es posible que pague un copago cada vez que surta una receta. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Su parte del costo cuando recibe un suministro para un mes de un medicamento con receta cubierto de*:

	Costo compartido de minorista estándar y de pedido por correo (Dentro de la red) (Suministro para 100 días)	Minorista preferida (Dentro de la red) (Suministro para 100 días)	Costo compartido en pedido por correo preferida (Suministro para 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido (Genéricos)	Copago de \$0, \$1.60 o \$2	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3 de costo compartido (De marca preferidos)	Insulina	Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos tratados como genéricos): - Copago de \$0, \$1.60 o \$4.90	
	Otros medicamentos		
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Todos los demás medicamentos: - Copago de \$0, \$4.80 o \$12.15		
Nivel 5 de costo compartido (De especialidad)	En el caso de los medicamentos del Nivel 5, no está disponible un suministro a largo plazo.	En el caso de los medicamentos del Nivel 5, no está disponible un suministro a largo plazo.	En el caso de los medicamentos del Nivel 5, no está disponible un suministro a largo plazo.

*Si recibe "Ayuda adicional", su parte del costo para un suministro a largo plazo de un medicamento con receta de la Parte D cubierto depende del nivel de "Ayuda adicional" que reciba. Para obtener más información sobre los costos de los medicamentos, consulte el inserto separado ("LIS Rider").

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle 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 los costos totales que paga de su bolsillo alcanzan \$2,000. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos los costos de sus medicamentos desde entonces hasta el final del año.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Su EOB le ayuda a llevar un registro de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si alcanza el límite de \$2,000. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica

Cuando llega al límite de \$2,000 para los medicamentos con receta, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Permanece en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

F. Los costos de los medicamentos si el médico/la médica le receta para menos de un mes completo

Por lo general, usted paga un copago para cubrir el suministro de un medicamento cubierto para un mes completo. Sin embargo, su médico/a le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes.

- Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico/a que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios).
- Si su médico/a está de acuerdo, no paga el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos.

Cuando obtiene un suministro de menos de un mes de un medicamento, el monto que paga se basa en la cantidad de días del medicamento que recibe. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (el "costo compartido diario") y lo multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

- A continuación, le presentamos un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es \$1.35. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es menos de \$0.05 por día. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, su pago es inferior a \$.05 por día multiplicado por 7 días, lo que representa un pago total inferior a \$0.35.
- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de pagar el suministro para un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor/a que le recete un suministro de menos de un mes completo de un medicamento para ayudarle a:
 - planificar mejor cuándo volver a surtir los medicamentos,
 - coordinar los resurtidos con otros medicamentos que toma, y
 - hacer menos viajes a la farmacia.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

G. Asistencia de gastos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA

G1. Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)

El ADAP ayuda a las personas elegibles con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para pacientes ambulatorios que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta a través de la Oficina del SIDA del Departamento de Salud Pública de California para las personas inscritas en el ADAP.

G2. Si no está inscrito/a en ADAP

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844- 421-7050 o consulte el sitio web del ADAP en www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. Si está inscrito/a en ADAP

El ADAP puede continuar brindando a los clientes de ADAP asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para medicamentos en el formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquelo al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare. Si necesita ayuda para encontrar el centro de inscripción de ADAP más cercano o el trabajador de inscripción, llame al 1-844-421-7050 o visite el sitio web mencionado.

H. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para saber más sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare:

1. La primera parte de la cobertura es para el costo de la **vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

2. La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna como una inyección que le administró el médico/la médica.

H1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a Servicios para Miembros si planea vacunarse.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre la vacunación y explicarle su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener los costos bajos al usar farmacias y proveedores de la red. Las farmacias y los/las proveedores/as de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un/a proveedor/a de la red trabaja con nosotros para asegurarse de que no tenga costos iniciales por una vacuna de la Parte D de Medicare.

H2. Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para qué se está vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios para la salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** del *Manual para miembros*.
- Otras se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Es posible que tenga que pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP)**, entonces la vacuna no le costará nada.

Estas son tres formas comunes en las que podría obtener una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Recibir la vacuna de la Parte D de Medicare y la inyección en una farmacia de la red.
 - No pagará nada para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
 - Para otras vacunas de la Parte D, paga un copago por la vacuna.
2. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico/a y su médico/a le administra la inyección.
 - Cuando le administren la vacuna, es posible que pague el costo total de la vacuna en sí y de administración de parte del proveedor.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

- Entonces podrá pedirle al plan que le pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
 - Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración).
3. Obtiene el medicamento de la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y lo lleva al consultorio de su médico/a para que le pongan la inyección.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no debe pagar nada por la vacuna en sí.
 - Para otras vacunas de la Parte D, paga un copago por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de la inyección.

Es posible que consultorios de médicos/as selectos/as puedan procesar la vacuna de la Parte D, o el cargo administrativo, de manera electrónica.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones están ordenados de forma alfabética en el último capítulo de su *Manual para miembros*.

Tabla de contenidos

A. Solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos.....	196
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago	200
C. Decisiones de cobertura	201
D. Apelaciones.....	201



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

A. Solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

No debe recibir ninguna factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Los/Las proveedores/as de nuestra red deben facturar al plan los servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los reciba. Un/a proveedor/a de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los/las proveedores/as de SCAN Connections le facturen servicios o medicamentos. Pagamos a los/las proveedores/as directamente y evitamos que usted tenga que pagar algo.

Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o medicamentos, no pague la factura y envíenla. Para enviarnos una factura, consulte el portal para miembros o llame a Servicios para Miembros para obtener información sobre cómo y dónde enviar la factura a SCAN.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó más de lo que le corresponde pagar del costo, tiene derecho a recibir un reembolso.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le devolveremos el dinero.
- Si pagó por servicios de Medi-Cal que ya recibió, es posible que califique para recibir un reembolso (devolución del dinero) si cumple con todas estas condiciones:
 - El servicio que recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal que nosotros somos responsables de pagar. No le reembolsaremos por un servicio que no esté cubierto por SCAN Connections.
 - Recibió el servicio cubierto después de convertirse en un miembro elegible de SCAN Connections.
 - Solicita que se efectúe el pago del reembolso dentro del año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
 - Proporciona un comprobante que pagó por el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
 - Recibió el servicio cubierto de un/a proveedor/a inscrito/a en Medi-Cal en la red de SCAN Connections. No es necesario que cumpla con esta condición si recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que los/las proveedores/as fuera de la red presten sin aprobación previa (autorización previa).



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Si el servicio cubierto normalmente requiere aprobación previa (autorización previa), debe proporcionar pruebas del proveedor que demuestren una necesidad médica para el servicio cubierto.
- En una carta denominada Aviso de acción, SCAN Connections le informará si usted recibirá el reembolso. Si cumple con todas las condiciones anteriores, el/la proveedor/a inscrito/a en Medi-Cal debería reembolsarle el monto total que pagó. Si el/la proveedor/a se niega a devolverle el dinero, SCAN Connections le reembolsará el monto total que pagó. Haremos el reembolso en un plazo de 45 días hábiles a partir de la recepción de la reclamación. Si el/la proveedor/a está inscrito/a en Medi-Cal, pero no pertenece a nuestra red y se niega a devolverle el dinero, SCAN Connections le devolverá el dinero, pero solo hasta el monto que pagaría FFS Medi-Cal. SCAN Connections le reembolsará el monto total que paga de su bolsillo por servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que brinden proveedores/as fuera de la red sin aprobación previa. Si no cumple con una de las condiciones anteriores, no le devolveremos el dinero.
- No le devolveremos el dinero si:
 - Solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios cosméticos.
 - El servicio no está cubierto por SCAN Connections.
 - Fue a ver a un/a médico/a que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario donde decía que quería que lo vieran de todos modos y que pagaría los servicios usted mismo.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Si no sabe lo que debería haber pagado, o si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Estos son ejemplos de ocasiones en las que es posible que deba pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago realizado.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago realizado.
 - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si ya pagó más de lo que le correspondía pagar del costo del servicio de Medicare, calcularemos cuánto debía y le reembolsaremos la parte que nos correspondía.

2. Cuando un/a proveedor/a de la red le envía una factura

Los/Las proveedores/as de la red siempre deben facturarnos. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba algún servicio o receta; sin embargo, a veces los/las proveedores/as de la red cometen errores y le piden que pague por los servicios o más de lo que le corresponde de los costos. **Llame a Servicios para Miembros** al número que aparece al final de esta página **si recibe alguna factura**.

- Como miembro del plan, usted solo abona el copago cuando recibe los servicios que cubrimos. No permitimos que los/las proveedores/as le facturen más de este monto. Esto es así incluso si pagamos menos de lo que el proveedor cobró por un servicio. Incluso si decidimos no pagar algunos costos, aún así, usted no los paga.
- Siempre que reciba una factura de un/a proveedor/a de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debería pagar, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una factura de un/a proveedor/a de la red por servicios cubiertos por Medicare, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago realizado. Le reembolsaremos los servicios cubiertos o la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según nuestro plan.

3. Si se inscribió en nuestro plan de forma retroactiva

Algunas veces, la inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción pasó. Incluso puede haber sido el año pasado).

- Si se inscribió de forma retroactiva y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos un reembolso.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago realizado.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento con receta

Si utiliza una farmacia fuera de la red, paga el costo total de la receta.

- En pocos casos, cubriremos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Consulte el **Capítulo 5** del *Manual para miembros* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo completo de los medicamentos con receta porque no lleva con usted la tarjeta de identificación de miembro

Si no lleva con usted la tarjeta de identificación de miembro, puede pedirle a la farmacia que nos llame o busque la información de inscripción de su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de los medicamentos con receta o regresar a la farmacia con la tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado de la receta.

6. Cuando paga el costo total del medicamento con receta de un medicamento que no está cubierto

Es posible que pague el costo total del medicamento con receta porque no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* en nuestro sitio web, o que tenga un requisito o restricción que no conoce o que no cree que se aplique a su caso. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
 - Si no paga el medicamento, pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros*).
 - Si usted, el médico/la médica u otra persona autorizada a dar recetas consideran que necesita el medicamento de inmediato (en un plazo de 24 horas), puede solicitar una decisión rápida de cobertura (consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros*).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos pida el reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información del médico/de la médica u otra persona autorizada a dar recetas para reembolsarle la parte que nos corresponde del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es superior al precio negociado de la receta.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento deben estar cubiertos. A esto se lo denomina tomar una "decisión de



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

cobertura". Si decidimos que el servicio o medicamento debe cubrirse, pagamos la parte que nos corresponde del costo.

Si rechazamos la solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura, la documentación médica aplicable y el comprobante de cualquier pago que haya realizado por los servicios de Medicare. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor.

Es una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para que los guarde en sus registros. Debe enviarnos su información dentro de los **12 meses para reclamos médicos y 36 meses para reclamos de medicamentos recetados** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos proporciona toda la información que necesitamos para decidir, puede completar nuestro formulario de reclamación para pedir el pago.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web <https://www.scanhealthplan.com/scan-resources/plan-materials/claim-forms> o puede llamar a Servicios para Miembros y pedirlo.

Para reclamaciones médicas, envíe su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

SCAN Health Plan
PO Box 22698
Long Beach, CA 90801-9826

Para reclamaciones de medicamentos con receta, envíe su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Express Scripts
ATTN: Medicare Part D
P.O. Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 12 meses para reclamaciones médicas y 36 meses para reclamaciones de medicamentos con receta a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos la solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento.

También decidimos el monto de dinero que debe pagar, si corresponde.

- Le informaremos si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las normas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque por lo que pagó o por nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtiene un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es mayor al precio negociado). Si no abonó, le pagaremos al proveedor directamente.

El **Capítulo 3** del *Manual para miembros* explica las normas para obtener servicios cubiertos. El **Capítulo 5** del *Manual para miembros* explica las normas para obtener la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para miembros*.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar la solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le llama "presentar una apelación". También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para miembros*.

- Para hacer una apelación acerca de cómo recibir el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
 - Para hacer una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G**.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones están ordenados de forma alfabética en el último capítulo de su *Manual para miembros*.

Tabla de contenidos

A. Derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	203
B. Nuestra responsabilidad para que usted acceda a tiempo a los servicios y medicamentos cubiertos	203
C. Nuestra responsabilidad de resguardar su información personal de salud (PHI)	204
C1. Cómo protegemos su PHI	205
C2. Derecho a ver sus expedientes médicos	206
D. Nuestra responsabilidad de proporcionar información	216
E. Imposibilidad de los/las proveedores/as de la red para facturarle directamente	217
F. Derecho a abandonar nuestro plan	217
G. Derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	218
G1. Derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones	218
G2. Derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo/a	218
G3. Qué hacer si no se respeta su declaración	220
H. Derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	220
H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos	220
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	221



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

A. Derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se prestan de manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros al 1-866-722-6725 o escriba a SCAN Health Plan, Attention: Member Services Department, P.O. Box 22616, Long Beach, CA 90801-5616. Este documento está disponible de forma gratuita en otros idiomas y formatos.
 - Llame a Servicios para Miembros para solicitar el material en un idioma que no sea español o en un formato alternativo.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de lenguaje o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de derechos civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad para que usted acceda a tiempo a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red. Un/a proveedor/a 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 elegirlo, diríjase al **Capítulo 3** del *Manual para miembros*.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los/las proveedores/as de la red y qué médicos/as aceptan pacientes nuevos.
- Tiene derecho a consultar con un/a especialista en salud de la mujer sin necesidad de tener una recomendación. Una recomendación es la aprobación de su PCP para consultar a otro/a proveedor/a.
- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores/as de la red en un período razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas a tiempo.
 - Si no puede recibir los servicios en un período razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención que necesite con urgencia sin aprobación previa (PA).
- Tiene derecho a surtir los medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede recurrir a un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los/las proveedores/as fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** del *Manual para miembros*.
- Cuando se une por primera vez a nuestro plan, tiene derecho a conservar los/las proveedores/as y las autorizaciones de servicios actuales durante un máximo de 12 meses si se cumplen ciertas condiciones. Para obtener más información sobre cómo conservar los/las proveedores/as y las autorizaciones de servicios, consulte el **Capítulo 1** del *Manual para miembros*.
- Tiene derecho a tomar sus propias decisiones de atención médica con la ayuda del equipo y coordinador de atención.

El **Capítulo 9** del *Manual para miembros* le indica qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un período razonable. También le indica qué puede hacer si le negamos la cobertura de los servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de resguardar su información personal de salud (PHI)

Protegemos su PHI según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye información que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye los expedientes médicos y otra información médica y de salud.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Tiene derechos cuando se trata de su información y el control de cómo se utiliza su PHI. Le enviamos una notificación por escrito donde se informa sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se denomina "Aviso sobre prácticas de privacidad".

Los miembros que puedan dar su consentimiento para recibir servicios confidenciales no están obligados a obtener la autorización de ningún otro miembro para recibir estos servicios ni a presentar una reclamación por ellos.

SCAN Connections enviará información relacionada con los servicios confidenciales a la dirección postal, dirección de correo electrónico o número de teléfono alternativos indicados por el miembro o, en caso de no tener estos datos, a nombre del miembro a la dirección o número de teléfono registrados. SCAN Connections no divulgará información médica relacionada con los servicios confidenciales a ningún otro miembro sin la autorización por escrito de la persona que recibe atención. SCAN Connections atenderá las solicitudes de recibir comunicación confidencial en la forma y el formato solicitados, de ser fácilmente realizable, o en ubicaciones alternativas. La solicitud de un miembro de recibir comunicaciones confidenciales relacionadas con los servicios confidenciales será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o envíe una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

Comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN al teléfono indicado en el reverso de su tarjeta de identificación para solicitar comunicaciones confidenciales o puede escribir a la Oficina de privacidad de SCAN al PrivacyOffice@scanhealthplan.com para solicitarlo. La solicitud debe realizarse por escrito y enviarse a SCAN. Consulte también el Aviso sobre prácticas de privacidad de SCAN para obtener más información sobre el proceso de comunicaciones confidenciales y sus derechos como miembro según la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada revise o cambie sus expedientes.

Salvo los casos que se indican a continuación, no le damos su PHI a nadie que no le brinde atención ni pague por ella. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar permiso por escrito.

A veces, no necesitamos obtener su permiso por escrito primero. La ley exige o permite estas excepciones:

- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales para verificar la calidad de la atención médica de nuestro plan.
- Podemos divulgar su PHI si así lo ordena un tribunal, pero solo si la ley de California lo permite.
- Debemos darle a Medicare su PHI. Si Medicare divulga su PHI con fines de investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

C2. Derecho a ver sus expedientes médicos

- Tiene derecho a ver sus expedientes médicos y a obtener una copia.
- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos los expedientes médicos. Si nos pide hacer esto, trabajamos con el proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer cambios.
- Tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otras personas y cómo.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios para Miembros.

Aviso sobre prácticas de privacidad de SCAN

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

SCAN Health Plan, SCAN Desert Health Plan, Inc., SCAN Health Plan Nevada, Inc., SCAN Health Plan Texas, Inc., denominados colectivamente en este aviso como ("SCAN") está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud y a dar este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. Debemos cumplir con las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras se encuentre en vigencia. Este Aviso entró en vigencia el 14 de mayo de 2013 y se revisó por última vez el 11 de abril de 2023. Este aviso de privacidad está sujeto a cambios y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos o modifiquemos.

Protección de la privacidad

En SCAN, comprendemos la importancia de mantener la confidencialidad de su información de salud y nos comprometemos a usarla de conformidad con las leyes estatales y federales. Este aviso explica cómo usamos su información de salud y describe cómo podemos compartirla con otras personas involucradas en la atención médica. También enumera sus derechos en relación con su información de salud y cómo puede ejercerlos.

Información de salud protegida

Para fines de este Aviso, "información de salud" o "información" se refieren a la información de salud protegida o PHI. La información de salud protegida es la información que lo identifica y se relaciona con su afección o salud mental o física, la atención médica o el pago por su atención pasados, presentes o futuros.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Cómo usamos su información de salud

SCAN utiliza y comparte su información de salud para tratamientos, pagos, operaciones de atención médica y otros usos permitidos o exigido por las leyes federales, estatales o locales.

Tratamiento

SCAN puede usar o divulgar su información de salud a proveedores/as de atención médica (médicos/as, hospitales, farmacias y otros/as cuidadores/as) que la soliciten en relación con el tratamiento sin su autorización por escrito. Tenga en cuenta que sus expedientes médicos están guardados en el consultorio del médico/de la médica. Estos son algunos ejemplos de cómo SCAN puede compartir su información:

- Podemos compartir su información con su médico/a o grupo médico cuando sea necesario para que usted reciba tratamiento.
- Podemos compartir su información con un hospital para que usted reciba la atención adecuada.
- Podemos compartir su información con proveedores/as del plan que le brinden servicios de atención médica. Esto incluye compartir su información de salud como parte de un "HIE" o Intercambio de Información de Salud local, estatal o nacional.

Pago

SCAN puede usar y divulgar su información de salud con el fin de realizar pagos por los servicios de atención médica que recibe, sin su autorización por escrito. Esto puede incluir actividades de administración de la atención, administración de la utilización, elegibilidad y pagos de reclamaciones. Por ejemplo:

- Podemos proporcionar su información de elegibilidad a su grupo médico, para que reciban el pago de manera adecuada y a tiempo.
- Podemos compartir su información con un hospital para asegurarnos de que las reclamaciones se facturen de manera adecuada.
- Podemos proporcionar su información a una entidad externa para asegurarnos de que el médico/la médica u hospital reciban el pago de manera adecuada y a tiempo.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Operaciones de atención médica

SCAN puede usar y divulgar su información de salud para respaldar diversas actividades comerciales sin su autorización por escrito. Las operaciones de atención médica son actividades relacionadas con las funciones comerciales normales de SCAN. Por ejemplo, podemos compartir su información con otras personas por cualquiera de los siguientes motivos:

- Administración de calidad y actividades de mejora, como acreditación y revisión de pares
- Contratación con proveedores y prestadores del plan
- Investigación y estudios, como encuestas sobre la satisfacción de los miembros
- Actividades regulatorias y de cumplimiento
- Actividades de administración de riesgos
- Programas y estudios de manejo de enfermedades y población
- Apelaciones y reclamos

SCAN no puede usar ni divulgar su información de salud genética para hacer suscripciones de seguro.

Otros usos y divulgaciones permitidas

SCAN puede usar o divulgar su información de salud sin su autorización por escrito para los siguientes fines en circunstancias limitadas:

- A las agencias estatales y federales que tienen derecho legal a recibir datos, por ejemplo, para asegurarse de que SCAN esté realizando los pagos apropiados y para ayudar a los programas federales/estatales de Medicaid:
- Para actividades relacionadas con la salud pública, como informar sobre brotes de enfermedades o casos de desastre
- Para actividades de supervisión de la atención médica del gobierno, como investigaciones sobre fraude o abuso o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
- Para procedimientos judiciales, administrativos y de arbitraje, por ejemplo, en respuesta a una orden judicial o de allanamiento, o una citación
- Para un investigador de un tribunal testamentario para determinar la necesidad de custodia o tutela



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Para propósitos relacionados con el cumplimiento de la ley, como ofrecer información limitada para ubicar a una persona desaparecida
- Para estudios de investigación que cumplan con todos los requisitos legales de privacidad, por ejemplo, una investigación relacionada con la prevención de enfermedades o discapacidades
- Para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad
- Para ponerse en contacto con usted sobre beneficios nuevos o modificados conforme a Medicare o SCAN
- Para ponerse en contacto con usted para recordarle consultas/entregas
- Para crear una recopilación de información cuyo origen ya no se le pueda atribuir a usted
- Para problemas relacionados con abuso o negligencia respecto a niños o personas mayores
- En casos de fallecimiento, como médico/a forense, examinador/a médico/a, director/a de la funeraria u organización de obtención de órganos
- Para funciones especializadas del gobierno, como brindar información para actividades militares o de seguridad nacional
- Para autoridades o reclamaciones por compensaciones laborales según lo exigen las leyes estatales de compensación laboral
- Para el patrocinador del plan de un plan de salud grupal o plan de beneficios para empleados
- Para funcionarios de cumplimiento de la ley si usted se encuentra preso o bajo custodia. Esto estará permitido en caso de que sea necesario brindarle servicios médicos o por motivos de protección y seguridad de otras personas
- Para amigos o miembros de la familia en la medida necesaria para asistir en su atención médica o pago por su atención médica, en caso que no esté disponible para aceptar la divulgación, como en una emergencia médica
- Según lo exijan de otro modo las leyes federales, estatales o locales

Otros usos y divulgaciones que no se describen en este aviso solo se realizarán con su autorización por escrito. Por ejemplo, SCAN necesita una autorización antes de divulgar su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones con fines de comercialización; y (3) usos y divulgaciones que involucran la venta de la PHI. Puede revocar la autorización en cualquier momento siempre y cuando la solicitud para hacerlo se realice por escrito y el plan no se haya basado en la autorización para tomar una medida específica. Compartir su información de salud con otras personas



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Como parte de las operaciones comerciales habituales, SCAN comparte su información con proveedores del plan contratados (por ejemplo, grupos médicos, hospitales, empresas de administración de beneficios de farmacia, proveedores de servicios sociales, etc.). También compartiremos su PHI con otras compañías y socios comerciales que realizan diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. También podemos usar su PHI para recordarle las citas. Podemos usar su PHI para brindarle información sobre otros tratamientos u otros beneficios relacionados con la salud y servicios internos.

SCAN también trabaja para garantizar que su PHI esté disponible para usted al cumplir con la norma de bloqueo de la información establecida por la Ley de Curas del Siglo XXI.

Además, podemos usar y compartir su PHI directa o indirectamente con los Intercambios de Información de Salud (HIE) para pagos, operaciones de atención médica y tratamiento. Contamos con un contrato por escrito que incluye cláusulas diseñadas para proteger la privacidad de la información de salud en todos los casos en los que se comparta con proveedores del plan. Nuestros/as proveedores/as del plan están obligados a mantener la confidencialidad de su información de salud y a proteger la privacidad de su información de acuerdo con las leyes estatales y federales, de manera similar a como SCAN protege la información de salud.

Sus derechos con respecto a su información de salud

Puede darnos su autorización por escrito para utilizar o divulgar su información de salud a cualquier persona por cualquier motivo. Si nos brinda su autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Sin embargo, su revocación no afectará el uso o la divulgación permitida por su autorización mientras esté en vigencia.

Derecho a solicitar restricciones

Tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la manera en que utilizamos y divulgamos su información para tratamientos, pagos o atención médica según se describe en este aviso. También tiene el derecho de solicitarnos que restrinjamos la información que nos han pedido que les brindemos a familiares u otras personas involucradas en su atención médica. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar estas restricciones. Si denegamos la solicitud, se lo notificaremos por escrito junto con los motivos específicos del rechazo. Si aceptamos su solicitud de restringir la información de salud, no podremos usar ni divulgar su información médica protegida para ese fin, excepto cuando sea necesario para brindarle tratamiento en caso de emergencia. Consulte la definición de "emergencia" en la *Evidencia de cobertura*. Además, no debemos cumplir con la restricción si la ley nos obliga a divulgar la información o si esta es necesaria para su tratamiento.

También tiene el derecho a cancelar una solicitud de restricción concedida. Puede hacer esto si nos llama o nos escribe. También tiene el derecho a cancelar la restricción si usted la aceptó o si le informamos por escrito que la cancelaremos. En este caso, solo se aplicará a información médica que nosotros creamos o recibimos después de informarle esa decisión.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

La solicitud de restricción debe realizarse por escrito y debe proporcionarnos información específica necesaria para cumplir con el pedido. Esto debe incluir la información que usted desea que se restrinja y a quién desea que se apliquen estos límites.

Derecho a inspeccionar y copiar

Tiene derecho a revisar la información de salud que nosotros mantenemos y a obtener una copia. Esto puede incluir registros utilizados para tomar decisiones de cobertura, reclamaciones y otras decisiones como miembro de SCAN. *Nota importante: No tenemos copias completas de sus expedientes médicos. Si desea consultar, obtener una copia o cambiar los expedientes médicos, comuníquese con el/la proveedor/a.*

La solicitud debe realizarse por escrito y debe incluir información específica necesaria para cumplir con el pedido. Si llama al Departamento de Servicios para Miembros, le enviaremos un formulario para hacer esto; (los números de teléfono se enumeran a continuación en este aviso). O bien, si lo prefiere, puede enviar la solicitud por escrito a:

SCAN Health Plan
Attention: Member Services (Request to Inspect and Copy)
3800 Kilroy Airport Way
Long Beach, CA 90801-5616

Si mantenemos un registro médico electrónico que contenga su información de salud, tiene el derecho de solicitarnos que le enviemos una copia a usted o a un tercero que usted identifique. Es posible que cobremos un cargo razonable por el costo de producir una copia electrónica de su información de salud y el costo del franqueo, si corresponde. Debe pagar este cargo antes de que le brindemos las copias. También puede solicitar que le proporcionemos información resumida sobre su información de salud protegida en lugar de toda la información completa. En este caso, deberá pagarnos el costo que corresponde a la preparación de esta información resumida antes de que se la entreguemos.

En ciertas situaciones, podemos denegar su solicitud de examinar u obtener una copia de su información de salud. Si denegamos la solicitud, se lo notificaremos por escrito junto con los motivos específicos del rechazo. La carta que enviaremos también incluirá información sobre cómo puede solicitar una revisión de nuestra denegación, en caso de que tenga derecho a tal revisión. Tiene derecho a solicitar una revisión de nuestra denegación solo en tres casos. Estos casos involucran situaciones en las que un profesional de la salud autorizado haya determinado que tal acceso podría poner en peligro su vida o seguridad física o la de otra persona. Nuestra carta también informará sobre cualquier otro derecho que tiene a presentar una queja. Son los mismos derechos que se describen en este aviso.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Derecho a solicitar una modificación de la PHI

Tiene derecho a solicitar que enmendemos la información de salud. La solicitud debe realizarse por escrito y debe explicar el motivo por el que debe corregirse la información. Debe enviar la solicitud al Departamento de Servicios para Miembros a la dirección que se indica en la sección "Quejas" de este aviso.

Denegaremos la solicitud si no la envía por escrito o si no incluye los motivos por los que realiza la hace. También podemos denegar la solicitud si nos pide que modifiquemos información que (1) es precisa y está completa, (2) no forma parte de la información médica que SCAN conserva, (3) no forma parte de la información que tiene derecho a inspeccionar y copiar, o (4) no fue creada por SCAN, a menos que el creador de la información no esté disponible para enmendarla.

Si denegamos la solicitud, proporcionaremos una explicación por escrito. La carta informará cómo puede presentar una queja ante nosotros o la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. También le informará sobre su derecho a presentar una declaración para indicar que no está de acuerdo con nuestra denegación y otros derechos que pueda tener.

Si aceptamos la solicitud para enmendar la información, realizaremos los cambios que solicita en su enmienda. Sin embargo, primero nos pondremos en contacto con usted para identificar a las personas que usted desea que sean notificadas y para obtener su autorización para realizar esto. Haremos los esfuerzos razonables para informarles a terceros de la enmienda e incluir los cambios en todas las divulgaciones futuras de esa información.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales

Tiene el derecho de solicitarnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial sobre su información de salud a través de medios alternativos o a un lugar alternativo (por ejemplo, enviar un correo a un apartado postal o enviar un fax a un número designado). La solicitud debe realizarse por escrito e indicar claramente que, si la solicitud no se concede, podría ponerle a usted en peligro. SCAN atenderá solicitudes razonables.

Derecho a recibir un informe de divulgaciones

Tiene el derecho a recibir un registro de las divulgaciones relacionadas con su información de salud. Por lo general, el registro incluiría divulgaciones que se encuentran en la sección "Otros usos y divulgaciones permitidas". El registro no cubrirá estas divulgaciones realizadas con fines de tratamiento, pago y atención médica ni las que usted ha autorizado.

Todas las solicitudes de registros deben realizarse por escrito e incluir información específica necesaria para cumplir con su solicitud. Este requisito de registro se aplica durante seis años desde la fecha de la divulgación, y se inicia con las divulgaciones realizadas después del 14 de abril de 2003, a menos que solicite un período menor. Si solicita este registro más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable para generar el registro de divulgaciones. Antes de esto, le informaremos el monto del cargo y le daremos la oportunidad de retirar o limitar la solicitud a fin de reducir el cargo.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Derecho a recibir un aviso de violación de su información de salud protegida

Tiene el derecho de recibir un aviso de la adquisición, el acceso o la divulgación no autorizados de su información de salud. SCAN realizará los avisos requeridos por ley de cualquier adquisición, uso, acceso o divulgación no autorizados de su información de salud.

Derecho a obtener copias de este aviso.

Tiene el derecho a recibir una copia adicional de este aviso en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad o desea solicitar una copia adicional del aviso, comuníquese con Servicios para Miembros a los números de teléfono que se indican a continuación en este aviso: O bien, puede escribir a:

SCAN Health Plan
Attention: Privacy Office
3800 Kilroy Airport Way, Ste 100
Long Beach, CA 90806

O envíe un correo electrónico a la Oficina de privacidad a PrivacyOffice@scanhealthplan.com o envíe un fax al 1-562-308-1365.

También puede visitar nuestro sitio web y descargar una versión imprimible del Aviso en www.scanhealthplan.com.

Cómo presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad

Si cree que SCAN infringió sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud, puede presentar una queja por escrito a la Oficina de privacidad de SCAN.

Quejas ante SCAN

Si desea presentar una queja ante nosotros, escriba a:

SCAN Health Plan
Attention: Privacy Office
3800 Kilroy Airport Way, Ste 100
Long Beach, CA 90806



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

O envíe un correo electrónico a PrivacyOffice@scanhealthplan.com o envíe un fax al 1-562-308-1365.

Si necesita ayuda para presentar una queja, puede llamar a Servicios para Miembros de SCAN a los números de teléfono que se indican a continuación en este aviso.

Quejas ante el gobierno federal

También puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. si desea presentar una queja ante el gobierno federal.

SCAN apoya el derecho a proteger la privacidad de la información personal y de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Presentar una queja no afectará los beneficios de SCAN o Medicare.

Presente una queja ante el gobierno federal aquí:

U.S. Department of Health and Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Quejas al estado (miembros con doble elegibilidad solo para California)

Para los miembros inscritos en planes de salud Medicare y Medi-Cal (Medicaid), también puede comunicarse con:

DHCS Privacy Office
c/o: Office of HIPAA Compliance
California Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0010
Sacramento, CA 95899-7413
Teléfono: 1-916-445-4646 (voz)
(877) 735-2929 (TTY/TDD)
Correo electrónico: incidents@dhcs.ca.gov



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Cambios a este Aviso

Los términos de este aviso se aplican a todos los registros que contengan su información de salud creados o conservados por SCAN. Nos reservamos el derecho a revisar o enmendar este Aviso sobre prácticas de privacidad. Las revisiones o enmiendas de este aviso serán efectivas para todos los registros suyos que creamos o guardamos en el pasado. Las revisiones o enmiendas serán efectivas para todos los registros suyos que podamos crear o mantener en el futuro. Si revisamos este aviso, usted recibirá una copia.

SCAN cumple con la legislación federal vigente sobre derechos civiles y no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, religión, sexo (incluido embarazo, orientación sexual o identidad de género), origen nacional, edad (40 años o más), discapacidad e información genética (incluidos los antecedentes médicos familiares).

SCAN proporciona recursos y servicios gratuitos para personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

SCAN ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN a los números de teléfono que figuran a continuación para conocer los planes de salud estatales correspondientes.

Si considera que SCAN no le brindó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, religión, sexo (incluso embarazo, orientación sexual o identidad de género), origen nacional, edad (40 años o más), discapacidad e información genética (incluidos los antecedentes médicos familiares), puede presentar un reclamo personalmente, por teléfono, correo o fax a:

SCAN Member Services
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22644
Long Beach, CA 90801-5644
Teléfono para miembros de California: 1-800-559-3500; para miembros de Nevada:
1-855-827-7226; para miembros de Texas: 1-855-844-7226;
para miembros de Arizona: 1-855-650-7226 FAX: 1-562-989-0958

O llenando el formulario "Presentar un reclamo" en nuestro sitio web en:
<https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance>

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Servicios para Miembros de SCAN puede ayudarle.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

D. Nuestra responsabilidad de proporcionar información

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a que le proporcionemos información sobre este, los/las proveedores/as de nuestra red y los servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para conseguir un intérprete, llame a Servicios para Miembros. Este es un servicio gratuito para usted. También podemos proporcionarle información en letra grande, braille o audio.

Llame a Servicios para Miembros si desea obtener información sobre cualquiera de los siguientes temas:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, que incluye:
 - Información financiera
 - Cómo nos calificaron los miembros del plan
 - Número de apelaciones presentadas por los miembros
 - Cómo abandonar nuestro plan
- Proveedores y farmacias de nuestra red, que incluye:
 - Cómo elegir o cambiar de proveedor/a de atención primaria
 - Calificaciones de los/las proveedores/as y farmacias de nuestra red
 - Cómo pagamos a los/las proveedores/as de nuestra red



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Servicios y medicamentos cubiertos, incluidos:
 - Servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** del *Manual para miembros*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** del *Manual para miembros*) cubiertos por nuestro plan
 - Límites a la cobertura y los medicamentos
 - Normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros*), lo que incluye solicitarnos que:
 - Indiquemos por escrito por qué algo no está cubierto.
 - Cambiemos una decisión que tomamos.
 - Paguemos una factura que recibió.

E. Imposibilidad de los/las proveedores/as de la red para facturarle directamente

Los/Las médicos/as, hospitales y otros/as proveedores/as de nuestra red no pueden obligarle a pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle ni cobrarle si pagamos menos del monto que dispuso el/la proveedor/a. Para saber qué hacer si un/a proveedor/a de la red intenta cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** del *Manual para miembros*.

F. Derecho a abandonar nuestro plan

Nadie puede obligarle a permanecer en nuestro plan si no quiere.

- Tiene derecho a obtener la mayoría de los servicios de atención médica a través de Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos con receta o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** del *Manual para miembros* para:
 - Obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de MA o de medicamentos con receta.
 - Obtener información sobre cómo recibirá los beneficios de Medi-Cal si deja nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

G. Derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a recibir toda la información de sus médicos/as y otros/as proveedores/as de atención médica para ayudarle a tomar decisiones sobre la atención médica.

G1. Derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Los/Las proveedores/as deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento de manera que usted pueda entender. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo implicado. Debemos informarle por adelantado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Tener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro/a médico/a antes de decidir sobre el tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a irse de un hospital u otro centro médico, incluso si el médico/la médica le aconseja lo contrario. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento con receta. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento con receta, no lo sacaremos de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda.
- **Pedirnos que expliquemos por qué un proveedor le denegó la atención.** Tiene derecho a que le brindemos una explicación si un proveedor le denegó una atención que usted cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que le denegamos o que normalmente no cubrimos.** Esto se denomina decisión de cobertura. El **Capítulo 9** del *Manual para miembros* indica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo/a

A veces, las personas no pueden tomar sus propias decisiones respecto a la atención médica. Antes de que eso suceda, puede:

- Completar un formulario escrito **que le otorga a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted.**



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- **Dar a los/las médicos/as instrucciones por escrito** sobre cómo gestionar la atención médica en caso de que no tenga la capacidad de tomar sus propias decisiones, incluida la atención que **no** desea.

El documento legal que utiliza para dar instrucciones se denomina "declaración de voluntad anticipada". Existen diferentes tipos de declaración de voluntad anticipada con diversos nombres. Algunos ejemplos son un testamento en vida y poder notarial para servicios médicos.

No es obligatorio que tenga una declaración de voluntad anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una declaración de voluntad anticipada:

- **Conseguir el formulario.** Puede conseguir el formulario del médico/de la médica, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Con frecuencia, las farmacias y los consultorios de proveedores tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo.
- **Rellene el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de pedirle ayuda para completarlo a un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o el PCP.
- **Entregue copias a las personas que necesitan saber.** Debe darle una copia del formulario a su médico. También debe darle una copia a la persona que nombre para que tome decisiones por usted. Es posible que desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.
- Si está hospitalizado y tiene una declaración de voluntad anticipada firmada, **lleve una copia al hospital.**
 - El hospital le preguntará si tiene un formulario de declaración de voluntad anticipada firmado y si lo llevó.
 - Si no tiene un formulario de declaración de voluntad anticipada firmado, el hospital tiene formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Tiene derecho a:

- incluir la declaración de voluntad anticipada en los expedientes médicos;
- cambiar o cancelar la declaración de voluntad anticipada en cualquier momento;
- informarse sobre los cambios en las leyes de declaración de voluntad anticipada. SCAN Connections le informará sobre los cambios a la ley estatal a más tardar 90 días después de la modificación.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

G3. Qué hacer si no se respeta su declaración

Si firmó una declaración de voluntad anticipada y considera que un/a médico/a u hospital no la respetó, puede presentar una queja ante:

Para quejas relacionadas con los/las médicos/as, comuníquese con:

California Department of Human Services (DHS)
Licensing and Certification
PO BOX 997377, MS 0500
TELÉFONO: 1-800-236-9747
TTY: 711
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Para quejas relacionadas con hospitales/centros de atención médica, comuníquese con la Oficina Local del Distrito de Licencias y Certificación del CDPH:

Los Angeles: 1-800-228-1019
Riverside: 1-888-354-9203
Sacramento: 1-800-554-0354
San Bernardino: 1-800-344-2896
San Diego (Norte): 1-800-824-0613
San Diego (Sur): 1-866-706-0759
TTY: 711

H. Derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

El **Capítulo 9** del *Manual para miembros* indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre los servicios o la atención cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, que presentemos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o que presentemos una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicios para Miembros para obtener esta información.

H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si considera que lo tratamos injustamente, y **no** se trata de discriminación por las razones enumeradas en el **Capítulo 11** del *Manual para miembros*, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para Miembros.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Programa de defensa y asesoramiento sobre seguros médicos (HICAP) al 1-800-434-0222. Para obtener más detalles sobre el HICAP, consulte la **Sección C del Capítulo 2** de su *Manual para Miembros*.
- Programa de defensoría al 1-888-452-8609. Para obtener más información sobre este programa, consulte la **Sección H del Capítulo 2** del *Manual para miembros*.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar "Medicare Rights & Protections" (Derechos y protecciones de Medicare), que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Lea el *Manual para miembros*** para saber qué cubre nuestro plan y las normas a seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener más información sobre:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** del *Manual para miembros*. Esos capítulos le indican lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que paga.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** del *Manual para miembros*.
- **Cuéntenos sobre cualquier otra cobertura de salud o para medicamentos con receta** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas las opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Dígale a su médico/a y a otros proveedores de atención médica** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre la tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a los/las médicos/as** otros/as proveedores/as de atención médica a brindarle la mejor atención.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y los/las proveedores/as acordaron.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Asegúrese de que los/las médicos/as y otros/as proveedores/as sepan todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos con receta, de venta libre, vitaminas y suplementos.
- Pregunte todo lo que quiera. Los/las médicos/as y otros/as proveedores/as deben explicar las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte de nuevo.
- **Trabaje con el coordinador de atención**, incluso para completar una evaluación anual de riesgos para la salud.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio del médico/de la médica, los hospitales y otros consultorios de proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de SCAN Connections, Medi-Cal paga la prima de la Parte A de Medicare y la prima de la Parte B de Medicare.
 - Si los gastos compartidos son un copago (un monto determinado de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces, paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto prestado por un/a proveedor/a de la red.
 - Si los gastos compartidos son un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, los gastos dependen del tipo de proveedor que consulte: Si recibe los servicios cubiertos de un/a proveedor/a de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que colabora con Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los/las proveedores/as participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando recibe una recomendación o para emergencias o servicios de urgencia).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no colabora con Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los/las proveedores/as no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una recomendación, o para emergencias o servicios de urgencia).



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Si los gastos compartidos son un copago (un monto determinado de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces, paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto prestado por un/a proveedor/a de la red.
- Si los gastos compartidos son un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, los gastos dependen del tipo de proveedor que consulte: Si recibe los servicios cubiertos de un/a proveedor/a de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que colabora con Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los/las proveedores/as participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando recibe una recomendación o para emergencias o servicios de urgencia).
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no colabora con Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los/las proveedores/as no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una recomendación, o para emergencias o servicios de urgencia).
- Si considera que un proveedor le "facturó saldos", llame a Servicios para Miembros.
- **Si recibe algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, deberá pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** del *Manual para miembros* para saber cómo presentar una apelación).
- **Avísenos si se muda.** Si planea mudarse, avísenos de inmediato. Llame al coordinador de atención o a Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** del *Manual para miembros* trata sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare en su nueva ubicación. Podemos decirle si tenemos un plan en su nueva área.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Informe a Medicare y Medi-Cal la nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** del *Manual para miembros* para conseguir los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
- **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, de todas maneras necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener el registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
- **Avísenos si tiene un nuevo número de teléfono** o una mejor manera de comunicarse con usted.
- **Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para averiguar qué hacer si tiene un problema o una queja sobre el plan.

- Tiene un problema o una queja sobre el plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que el plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó el plan sobre su atención.
- Considera que los servicios cubiertos finalizan demasiado pronto.
- Tiene un problema o queja con los servicios y apoyos a largo plazo, que incluyen los Servicios comunitarios para adultos (CBAS) y los Servicios en una residencia para personas mayores (NF).

Este capítulo se encuentra en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se coinciden con su situación.**

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que el médico/la médica y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte del plan de atención médica. **Si tiene algún problema con la atención, puede llamar al Programa de defensoría de Medi-Cal de Medicare al 1-855-501-3077 para obtener ayuda.** En este capítulo se explican las diferentes opciones que tiene para distintos problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa de defensoría para que le orienten respecto al problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y las formas de contactarlos, consulte el **Capítulo 2** del *Manual para miembros*.

Tabla de contenidos

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	228
A1. Sobre los términos legales.....	228
B. Dónde obtener ayuda.....	228
B1. Para obtener más información y ayuda	228



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

C. Comprensión de las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan	230
D. Problemas con los beneficios	230
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	231
E1. Decisiones de cobertura	231
E2. Apelaciones	231
E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones	232
E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?.....	233
F. Atención médica.....	233
F1. Uso de esta sección.....	234
F2. Solicitar una decisión de cobertura	234
F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	236
F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	240
F5. Problemas de pago	246
G. Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare	247
G1. Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D de Medicare	247
G2. Excepciones de la Parte D de Medicare	249
G3. Cosas importantes que debe saber acerca de pedir una excepción.....	251
G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	251
G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	254
G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	256
H. Solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada	258
H1. Aprender sobre sus derechos de Medicare.....	259
H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1.....	260
H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2.....	262



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos.....	263
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura.....	263
I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	263
I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	265
J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	266
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare	266
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal.....	268
J3. Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare	268
K. Cómo presentar una queja.....	269
K1. ¿Qué tipo de problemas deben considerarse quejas?	269
K2. Quejas internas.....	271
K3. Quejas externas.....	273



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica cómo manejar problemas e inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas**; también se llama reclamo.

Para garantizar la imparcialidad y la rapidez, cada proceso tiene una serie de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

A1. Sobre los términos legales

Hay términos legales en este capítulo para algunas normas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que, cuando podemos, usamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Usamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- "Presentar una queja" en lugar de "presentar un reclamo"
- "Decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización", "determinación de beneficios", "determinación de riesgo" o "determinación de cobertura"
- "Decisión rápida de cobertura" en lugar de "determinación acelerada"
- "Organización de revisión independiente" (IRO) en lugar de "Entidad independiente de evaluación" (IRE)

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por lo que también los brindamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces es confuso empezar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente así si no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda del Programa de defensa y asesoramiento sobre seguros médicos

Puede llamar al Programa de defensa y asesoramiento sobre seguros médicos (HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer con su problema. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP tiene asesores capacitados en cada condado, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Ayuda del Programa de defensoría de Medi-Cal de Medicare

Puede llamar al Programa de defensoría de Medi-Cal de Medicare y hablar con un defensor sobre las preguntas de la cobertura médica. Ofrecen ayuda legal gratuita. El Programa de defensoría no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono es 1-855-501-3077 y el sitio web es www.healthconsumer.org.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Estas son dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de Medi-Cal

Ayuda del Departamento de Servicios de Salud de California

El defensor de atención médica administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Salud (DHCS) de California puede ayudarle. Pueden ayudare si tiene problemas para inscribirse, cambiar o dejar un plan de salud. También pueden ayudarle si se mudó y tiene problemas para transferir su Medi-Cal al nuevo condado. Puede llamar al defensor de lunes a viernes, entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m. al 1-888-452-8609.

Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) para obtener ayuda gratuita relacionada con sus servicios y beneficios de Medi-Cal, que incluyen Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y otros servicios y medicamentos no cubiertos por Medicare. El DMHC es responsable de supervisar los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es **1-888-466-2219**. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden usar el número gratuito TDD, **1-877-688-9891**. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.dmhc.ca.gov. El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes que ofrecen servicios de atención médica. Si tiene un reclamo contra el plan de salud, primero debe llamar al plan de salud al **1-866-722-6725** y utilizar el proceso de reclamo del plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de reclamos no excluye cualquier posible derecho legal o compensación que usted pudiera tener a disposición. Si necesita ayuda con un reclamo que involucra una emergencia, un reclamo que no ha sido resuelto satisfactoriamente por su plan de salud o un reclamo que ha permanecido sin resolver por más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También puede que sea elegible para una revisión médica independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

tiene un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para las personas con deficiencia auditiva y del habla. El sitio web del departamento, www.dmhca.gov tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

C. Comprensión de las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Tiene Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo se aplica a **todos** los beneficios de atención administrada de Medicare y Medi-Cal. A veces, se le denomina "proceso integrado" porque combina o integra procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces, los procesos de Medicare y Medi-Cal no se pueden combinar. En esas situaciones, usted usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medi-Cal. En la **Sección F4** se explican estas situaciones.

D. Problemas con los beneficios

Si tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se coinciden con su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con los beneficios o la cobertura?	
Esto incluye los problemas sobre si la atención médica particular (artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte D) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.	
<p>Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección E, "Decisiones de cobertura y apelaciones".</p>	<p>No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección K, "Cómo presentar una queja".</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación trata los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte D, incluidos los pagos). Para simplificar las cosas, en general, llamamos **atención médica** a artículos médicos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagamos por los servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, el médico/la médica de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que reciba atención médica de él (consulte la **Sección G del Capítulo 4** del *Manual para miembros*).

Usted o el médico/la médica también pueden contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura. Es posible que usted o el médico/la médica no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si nos podemos negarnos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. **Si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare o Medi-Cal ya no están cubiertos para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las normas correctamente. Otros revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original procesan la apelación.

En la mayoría de los casos, debe comenzar la apelación en el Nivel 1. Si el problema de salud es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene dolor intenso y necesita una decisión inmediata, puede solicitar una revisión médica independiente (IMR) del Departamento de Atención Médica Administrada en www.dmhc.ca.gov. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en la Sección F3 de este capítulo, puede solicitar



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

una "decisión de cobertura rápida" o acelerada o una "apelación rápida" de una decisión de cobertura.

Si **rechazamos** parcial o totalmente de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de la atención médica de Medicare, la carta informará que enviamos su caso a la Organización de revisión independiente (IRO) para una apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o de Medicaid, la carta indicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo cubierto por Medicare y Medicaid, la carta dará información sobre ambos tipos de apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar por más niveles de apelación.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones

Puede pedir ayuda a través de cualquiera de:

- **Servicios para Miembros** en los números que aparecen al final de la página.
- **Programa de defensoría de Medi-Cal de Medicare al 1-855-501-3077.**
- **Programa de defensa y asesoramiento sobre seguros médicos (HICAP)** al 1-800-434-0222.
- **El Centro de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de supervisar los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden usar el número gratuito TDD, 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.dmhc.ca.gov.
- **Su médico/a u otro proveedor.** Su médico/a u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no es obligatorio que cuente con uno** para pedir una decisión de cobertura o presente una apelación.
 - Llame a su propio abogado o consiga el nombre de uno del colegio de abogados local u otro servicio de recomendación. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Solicite un abogado de asistencia legal del Programa de defensoría de Medi-Cal de Medicare al 1-855-501-3077.

Complete el formulario de Nombramiento de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a alguien para actuar en su nombre.

Llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran al final de la página y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?

Hay cuatro situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Damos detalles de cada una en una sección diferente de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, "Atención médica"
- **Sección G**, "Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare"
- **Sección H**, "Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada"
- **Sección I**, "Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos" (Esta sección solo se aplica a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran al final de la página.

F. Atención médica

En esta sección se explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de la atención.

Esta sección trata sobre los beneficios en cuanto a la atención médica que se describen en el **Capítulo 4** del *Manual para miembros*. En algunos casos, es posible que se apliquen normas diferentes a los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Cuando es así, explicamos cómo las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare difieren de las normas para los servicios y artículos médicos.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

F1. Uso de esta sección

En esta sección se explica lo que puede hacer en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Considera que cubrimos la atención médica que necesita pero que no está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que el médico/la médica u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted considera que deberíamos hacerlo.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no pagaremos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó por la atención médica que creía que cubríamos, y quiere un reembolso.

Lo que puede hacer: En estos casos, puede pedirnos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Reducimos o suspendimos la cobertura para cierta atención médica, y cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la Sección F4.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o CORF, se aplican normas especiales. Para obtener más información, consulte la **Sección H** o **Sección I**.
- Para todas las demás situaciones que impliquen reducir o suspender la cobertura para cierta atención médica, use esta sección (**Sección F**) como guía.

6. Está experimentando demoras en la atención o no puede encontrar un/a médico/a.

Lo que puede hacer: Puede presentar una queja. Consulte la **Sección K2**.

F2. Solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina "**determinación integrada de la organización**".

Usted, su médico/a o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura:

- Por teléfono: 1-866-722-6725, TTY: 711.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

- Por fax: 1-562-989-5181.
- Por correo: SCAN Health Plan
PO Box 22698
Long Beach, CA 90801-9826

Decisión estándar de cobertura

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos los plazos "estándar", a menos que aceptemos usar los plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta sobre lo siguiente:

- Servicio médico o artículo dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Para los planes de Knox-Keene, en un plazo de 5 días hábiles y, a más tardar, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Decisión rápida de cobertura

El término legal para "decisión rápida de cobertura" es "**determinación acelerada**".

Si nos pide que tomemos una decisión de cobertura acerca de que su atención médica y su salud requiere una respuesta rápida, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura". Una decisión rápida de cobertura significa que le daremos una respuesta sobre lo siguiente:

- Servicio médico o artículo dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud, o antes si su afección médica requiere una respuesta más rápida.
- Para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Está solicitando cobertura para artículos o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- El uso de los plazos estándar **podría causar daños graves a su salud** o dañar su capacidad para desenvolverse.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Le daremos de forma automática una decisión rápida de cobertura si su médico/a nos indica que su salud lo requiere. Si pregunta sin el respaldo de médico/a, nosotros decidiremos si su caso amerita una decisión rápida de cobertura.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo indique y usaremos los plazos estándar en su lugar. La carta le informará lo siguiente:
 - Que tomaremos, de forma automática, una decisión rápida de cobertura si su médico/a la solicita.
 - Cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión rápida de cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta explicando los motivos.

- Si decimos que **no**, tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**)

En circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud:

- Si la solicitud está incompleta
- Si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo
 -
- Si solicita que se retire su solicitud

Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico/a o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-866-722-6725.

Solicite una apelación estándar o rápida por escrito o llamándonos al 1-866-722-6725.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Si su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante la apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico/a presenta la apelación por usted, incluya un formulario de nombramiento de representante que autorice a esta persona a representarlo. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.scanhealthplan.com.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes del plazo establecido para tomar una decisión sobre su apelación:
 - Desestimaremos su solicitud
 - Le enviaremos una notificación por escrito explicando su derecho a pedirle a la IRO que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- Debe solicitar una apelación en el plazo de 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si se vence la fecha límite y tiene un motivo válido para haber incumplido con ella, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de motivos válidos incluyen una enfermedad grave o haber recibido información incorrecta de nuestra parte sobre la fecha límite. Explique el motivo por el que su apelación se demoró cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico/a también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para "apelación rápida" es "**reconsideración acelerada**".

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención que no recibió, usted o su médico/a deciden si necesita una apelación rápida.

Le daremos automáticamente una apelación rápida si su médico/a nos indica que su salud lo requiere. Si usted pregunta sin el respaldo de médico/a, nosotros decidiremos si su caso amerita una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta en la que se lo indicaremos y, en su lugar, usaremos los plazos estándar. La carta le informará lo siguiente:



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

- Haremos de forma automática una apelación rápida si su médico/a la solicita.
- Cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le comunicamos que vamos a suspender o reducir servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante la apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que reciba, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con este plazo, recibirá el servicio o el artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no presenta una apelación antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideraremos su apelación y le daremos nuestra respuesta.

- Cuando revisemos su apelación, haremos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Comprobaremos si seguimos todas las normas al **rechazar** su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico/a para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a recibir su apelación, o antes si su salud requiere una respuesta más rápida**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una Organización de



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

revisión independiente (IRO) la revisará. Más adelante en este capítulo, hablaremos sobre esta organización y explicaremos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal (Medicaid), puede presentar una audiencia estatal de Nivel 2 ante el estado tan pronto como se acabe el tiempo. Para presentar una audiencia estatal, consulte la Sección J2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud**, 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 un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación para la cobertura de servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación, o antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisará. Más adelante en este capítulo, hablaremos sobre esta organización y explicaremos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal (Medicaid), puede presentar una audiencia estatal de Nivel 2 ante el estado tan pronto como se acabe el tiempo. Para presentar una audiencia estatal, consulte la Sección J2.

Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación, o tan pronto como lo requiera su estado de salud y en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que cambiemos nuestra decisión, o en un plazo de 7 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su apelación si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, **tiene otros derechos de apelación**:

- Si **rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la IRO para una apelación de Nivel 2.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le indicará si Medicare, Medi-Cal o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **Medicare** normalmente cubre, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **Medi-Cal** normalmente cubre, puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. La carta indicará cómo hacerlo. También incluiremos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **tanto Medicare como Medi-Cal** pueden cubrir, recibirá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la IRO. Además de la apelación automática de Nivel 2, también puede solicitar una audiencia estatal y una revisión médica independiente con el estado. Sin embargo, no está disponible una revisión médica independiente si ya ha presentado evidencia en una audiencia estatal.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio generalmente cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema está relacionado con un servicio generalmente cubierto solo por Medi-Cal, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre

La IRO revisa su apelación. Se trata de una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" (IRO) es la "**Entidad independiente de evaluación**", a veces llamada "**IRE**".

- Esta organización no está conectada con nosotros y no es una agencia de gobierno. Medicare eligió a la compañía para ser la IRO, y Medicare supervisa su trabajo.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Enviamos información acerca de su apelación (su "archivo de caso") a esta organización. Tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida con nosotros en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.

Si la IRO le da su respuesta por escrito y le explica los motivos.

- **Si la IRO acepta una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos implementar la decisión de inmediato:
 - Autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas, o**
 - Proporcionar el servicio dentro de los **5 días hábiles** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para las **solicitudes estándar, o**
 - Proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para las **solicitudes aceleradas.**
- **Si la IRO acepta parte o la totalidad de la solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en disputa:**
 - **Dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para las **solicitudes estándar**



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- **Dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para las **solicitudes aceleradas**
- **Si la IRO rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica. Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación".
 - Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.
 - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles.
 - Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto están en la notificación por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
 - Un/a juez/a de derecho administrativo (ALJ) o un/a abogado/a mediador/a decidirán la apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre

Existen dos maneras de presentar una apelación de Nivel 2 para los servicios y artículos de Medi-Cal: (1) Presentar una queja o revisión médica independiente o (2) una audiencia estatal.

(1) Revisión médica independiente

Puede presentar una queja o solicitar una Revisión médica independiente (IMR) del Centro de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California. Al presentar una queja, el DMHC revisará nuestra decisión y tomará una determinación. Hay una IMR disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión de su caso realizada por expertos que no forman parte de nuestro plan ni del DMHC. Si la IMR se decide a su favor, debemos brindarle el servicio o artículo que solicitó. No pagará ningún costo por una IMR.

Puede presentar una queja o solicitar una IMR si nuestro plan:

- Rechaza, cambia o demora un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque nuestro plan determina que no es médicamente necesario.
- No cubrirá un tratamiento experimental o de investigación de Medi-Cal para una afección médica grave.
- Disputa si un servicio o procedimiento quirúrgico fue de naturaleza cosmética o reconstructiva.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- No pagará por servicios de Medi-Cal de emergencia ni urgencia que ya haya recibido.
- No ha resuelto su apelación de Nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal dentro de los 30 días calendario para una apelación estándar o 72 horas, o antes, si su salud lo requiere, para una apelación rápida.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación por usted, pero no recibimos su formulario de Nomenclador de representante, deberá volver a presentarnos su apelación antes de poder solicitar una IMR de Nivel 2 ante el Departamento de Atención Médica Administrada, a menos que su apelación implique una amenaza inminente y grave para su salud, que incluya, entre otros, dolor intenso, riesgo de pérdida de la vida, de una extremidad o de una función corporal importante.

Tiene derecho tanto a una IMR como a una audiencia estatal, pero no tiene derecho a una IMR si ya ha presentado pruebas en una audiencia estatal o tuvo una audiencia estatal sobre el mismo tema.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la página 231 para obtener información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el DMHC o solicitar una IMR al Centro de ayuda del DMHC.

Si su tratamiento fue rechazado porque era experimental o de investigación, no tiene que participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso, puede comunicarlo inmediatamente al DMHC sin pasar primero por nuestro proceso de apelación.

Debe **solicitar una IMR dentro de los 6 meses** posteriores a que le enviemos una decisión por escrito sobre su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de 6 meses si tiene un motivo válido, como una afección médica que le impidió solicitar la IMR dentro de los 6 meses o si no recibió un aviso adecuado de nuestra parte sobre el proceso de la IMR.

Para solicitar una IMR:

- Complete el formulario de solicitud/queja de revisión médica independiente disponible en: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llame al Centro de ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Si las tiene, adjunte copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que rechazamos. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de los documentos, no los documentos originales. El Centro de ayuda no devolverá ningún documento.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Complete el formulario de asistente autorizado si alguien le ayuda con su IMR. Puede obtener el formulario en www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llamar al Centro de Ayuda del Departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe sus formularios y sus archivos adjuntos por correo o fax a:
Help Center Department of Managed
Health Care 980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 1-916-255-5241
- También puede presentar su Solicitud de revisión médica independiente/Formulario de queja y formulario de asistente autorizado en línea: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

Si califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de los 7 días calendario informándole que califica para una IMR. Después de recibir su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión de la IMR se tomará dentro de los 30 días calendario. Debe recibir la decisión de la IMR dentro de los 45 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa.

Si su caso es urgente y usted califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de las 48 horas de haber recibido la solicitud completada para informarle que califica para una IMR. Después de recibir su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión de IMR se tomará dentro de los 3 días calendario. Debe recibir la decisión de IMR dentro de los 7 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa. Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, aún puede solicitar una audiencia estatal.

Una IMR puede demorar más si el DMHC no recibe todos los expedientes médicos necesarios de usted o del médico/de la médica que le brinda tratamiento. Si acude a un/a médico/a que no pertenece a la red de su plan de salud, es importante que obtenga y nos envíe sus expedientes médicos de ese/a médico/a. El plan de salud debe obtener copias de sus expedientes médicos de parte de los/las médicos/as que forman parte de la red.

Si el DMHC decide que su caso no es elegible para la IMR, el DMHC revisará su caso a través de su proceso regular de quejas del consumidor. Su queja debe resolverse dentro de los 30 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa. Si su queja es urgente, se resolverá antes.

(2) Audiencia estatal

Puede solicitar una audiencia estatal para los servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico/a u otro proveedor solicita un servicio o artículo que no aprobaremos, o si no seguiremos pagando por un servicio o artículo que usted ya tiene y rechazamos su apelación de Nivel 1, tiene derecho a solicitar una audiencia estatal.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una audiencia estatal** después de que se le envíe por correo el aviso de "Carta con la decisión de la apelación".

NOTA: Si solicita una audiencia estatal porque le informamos que un servicio que recibe actualmente será cambiado o suspendido, **tiene menos días para enviar su solicitud** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras su audiencia estatal está pendiente. Lea "¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?" en la Sección F3 para obtener más información.

Hay dos maneras de solicitar una audiencia estatal:

1. Puede completar la "Solicitud de audiencia estatal" en el reverso de la notificación de acción. Debe proporcionar toda la información solicitada, como su nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del plan o condado que tomó la acción en su contra, el programa de ayuda involucrado y un motivo detallado por el que desea una audiencia. Luego, puede enviar su solicitud de una de estas maneras:
 - Al departamento de bienestar del condado a la dirección que aparece en el aviso.
 - Al Departamento de Servicios Sociales de California:
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430
 - A la División de Audiencias Estatales al número de fax 916-309-3487 o a la línea gratuita, 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 decide solicitar una audiencia estatal por teléfono, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

La División de Audiencias Estatales le dará su decisión por escrito y explicará los motivos.

- Si la División de Audiencias Estatales **acepta** una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su decisión.
- Si la División de Audiencias del Estado **rechaza** parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica. Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación".

Si la decisión de la IRO o de la audiencia estatal es **rechazar** la totalidad o parte de su solicitud, tiene más derechos de apelación.

Si su apelación de Nivel 2 fue a la **IRO**, puede apelar nuevamente solo si el valor monetario del servicio o artículo que desea cumple con un monto mínimo determinado. Un ALJ o un abogado



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

mediador decidirá una apelación de Nivel 3. **La carta que reciba de la IRO explicará los derechos de apelación que pueda tener.**

La carta que reciba de la División de Audiencias Estatales describirá la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que los/las proveedores/as de nuestra red le facturen los servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca se le pedirá que pague el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenosla. No debe pagar la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las normas para obtener el servicio o artículo.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** del *Manual para miembros*. Describe situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos el dinero o que pague una factura que recibió de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Si pide que le devuelvan el dinero, está pidiendo una decisión de cobertura. Comprobaremos si el servicio o artículo por el que pagó está cubierto y si ha seguido todas las normas para utilizar la cobertura.

- Si el servicio o artículo por el que pagó está cubierto y siguió todas las normas, le enviaremos el pago correspondiente por el servicio o artículo generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no en una fecha posterior a los 60 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si aún no ha pagado por el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Enviar el pago equivale a **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o no siguió todas las normas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos por el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le reembolsemos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Si nos pide que le reembolsemos la atención médica que recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.

Si nuestra respuesta a su apelación es **negativa** y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revoca nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **afirmativa** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación". Recibirá una carta en la que se le explicarán los derechos de apelación que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los demás niveles de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **negativa** y Medi-Cal generalmente cubre el servicio o artículo, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo/a. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre y que Medi-Cal podría cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** Diremos "medicamento" en el resto de esta sección en lugar de decir "medicamento de la Parte D de Medicare".

Para estar cubierto, el medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para miembros* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D de Medicare

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que puede pedirnos que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Puede pedirnos que hagamos una excepción, que incluye lo siguiente:
 - Cubrir un medicamento de la Parte D de Medicare que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan
 - No cumplir con una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener)



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Preguntarnos si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando el medicamento está en la Lista de medicamentos de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo)

NOTA: Si en la farmacia le indican que su receta no puede surtirse por cómo está escrita, la farmacia le debe dar una notificación por escrito para explicar cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina "**determinación de cobertura**".

- Pedirnos que paguemos por un medicamento que ya compró. Esto implica solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Recorra a la siguiente tabla para ayudarse.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

<p>Necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no cumplamos con una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.</p> <p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección G2, luego consulte las Secciones G3 y G4.</p>	<p>Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con las normas o restricciones del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita.</p> <p>Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.</p> <p>Consulte la Sección G4.</p>	<p>Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya recibió y pagó.</p> <p>Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Consulte la Sección G4.</p>	<p>Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea.</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Consulte la Sección G5.</p>
---	---	--	---

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera que usted desea, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas tiene que explicar los motivos médicos por los que necesita la excepción.

Pedir cobertura para un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o la eliminación de una restricción sobre un medicamento a veces se denomina pedir una **"excepción al formulario"**.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

1. Cubrir un medicamento que no figura en nuestra *Lista de medicamentos*

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos, usted paga el copago que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 (no preferidos).
- No puede obtener una excepción para el monto de copago requerido para el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican normas o restricciones adicionales a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** del *Manual para miembros*).
- Normas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos:
 - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de aceptar cubrir el medicamento para usted. Esto a veces se denomina "autorización previa (PA)".
 - Límites de cantidades. Para algunos medicamentos, hay restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de gastos compartidos inferior. Todos los medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de gastos compartidos, menor será el monto de copago requerido.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **“excepción de nivel”**.

- Nuestra *Lista de medicamentos* a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se llaman medicamentos "alternativos".
- Si un medicamento alternativo para su afección médica se encuentra en un nivel de costos compartidos más bajo que el medicamento que toma, puede pedirnos que lo cubramos al monto de costos compartidos del medicamento alternativo. Esto disminuiría el monto de su copago por el medicamento.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede pedirnos que lo cubramos al monto de gastos compartidos del nivel más bajo de alternativas genéricas para su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de gastos compartidos para ningún medicamento del Nivel 5: Medicamentos especializados.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel, y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

G3. Cosas importantes que debe saber acerca de pedir una excepción

Su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas debe explicarnos los motivos médicos.

Su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas debe darnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico/a o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Nuestra *Lista de medicamentos* a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se llaman medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el que solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costos compartidos más bajos no funcionen tan bien para usted o sea probable que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud.

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, la excepción suele durar hasta el final del año calendario. Y será válida mientras su médico/a siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si la **rechazamos**.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Pregunte por el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-866-722-6725, escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico/a (u otra persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted, su médico/a (u otra persona autorizada a dar recetas) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para averiguar cómo nombrar a alguien como su representante.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- No es necesario que dé permiso por escrito a su médico/a u otra persona que extiende recetas para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** del *Manual para miembros*.
- Si solicita una excepción, proporciónenos una "declaración de respaldo". La declaración de respaldo incluye los motivos médicos de su médico/a u otra persona que extiende recetas para la solicitud de excepción.
- Su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración de respaldo por fax o correo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o correo.
- **Se puede enviar una solicitud a través de nuestro sitio web por correo electrónico a:** medicarepartdparequests@express-scripts.com.

Si su salud lo requiere, pídanos una "decisión rápida de cobertura".

Usamos los "plazos estándar" a menos que aceptemos usar los "plazos rápidos".

- Una **decisión estándar de cobertura** significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

Una "decisión rápida de cobertura" se denomina una "**determinación acelerada de cobertura**".

Puede obtener una decisión rápida de cobertura:

- Por un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.
- Si su salud o capacidad para desenvolverse se vería gravemente perjudicada con los plazos estándar.

Si su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, estamos de acuerdo y se la damos. Le enviaremos una carta para comunicarle esto.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, usaremos los plazos estándar.
 - Le enviaremos una carta en la que le informaremos que usaremos el plazo estándar. La carta también le informará cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre la presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos límite para una decisión rápida de cobertura

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO lo revise. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, le daremos la cobertura en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le explicará cómo puede presentar una apelación.

Plazos límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO lo revise.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, le otorgaremos la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de respaldo de su médico/a para una excepción.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le explicará cómo presentar una apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Plazos límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO lo revise.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, le reembolsaremos el dinero en un plazo de 14 días calendario.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le explicará cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina "**redeterminación**" del plan.

- Comience su **apelación estándar o rápida** llamando al 1-866-722-6725, escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico/a (u otra persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- **Los miembros y proveedores pueden presentar solicitudes de apelación electrónicamente** a www.scanhealthplan.com/file-an-appeal.
- Debe solicitar una apelación **en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si se vence la fecha límite y tiene un motivo válido para haber incumplido con ella, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de motivos válidos incluyen una enfermedad grave o haber recibido información incorrecta de nuestra parte sobre la fecha límite. Explique el motivo por el que su apelación se demoró cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico/a también pueden darnos más información para respaldar su apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se llama una "**redeterminación acelerada**".

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión rápida de cobertura. Para obtener más información, consulte la **Sección G4**.

Consideraremos su apelación y le daremos nuestra respuesta.

- Revisaremos su apelación y analizaremos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificaremos si seguimos las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos límite para una apelación rápida en el Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a recibir su apelación.
 - Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego una IRO la revisará. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura que **aceptamos** proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explican los motivos y se le explica cómo puede presentar una apelación.

Plazos límite para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego una IRO la revisará. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **brindar la cobertura** que acordamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos una carta en la que se explican los motivos y se le explica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta acerca de reembolsarle el costo de un medicamento que compró **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego una IRO la revisará. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explican los motivos y se le explica cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, debe usar el proceso de apelaciones de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" (IRO) es la "**Entidad independiente de evaluación**", a veces llamada "**IRE**".

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante o su médico/a u otra persona autorizada a dar recetas debe comunicarse con la IRO **por escrito y** solicitar una revisión de su caso.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, la carta que le enviaremos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones indican quién puede presentar la apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación ante la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se denomina su "expediente de caso". **Tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.** Si necesita ayuda para solicitar una copia gratuita del expediente de su caso, llame al 1-866-722-6725.
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos límite para una apelación rápida en el Nivel 2

Si lo requiere por motivos de salud, solicite a la IRO una apelación rápida.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si **aprueban** parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura para medicamentos aprobada **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.

Plazos límite para una apelación estándar en el Nivel 2

Si realiza una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación para el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO **aprueba** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura para medicamentos aprobada **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.
- Debemos devolverle el costo de un medicamento que haya comprado en un plazo de 30 días calendario después de recibir la decisión de la IRO.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación".



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Si la IRO **rechaza** su apelación de Nivel 2, tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura para medicamentos que solicita cumple con un valor mínimo. Si el valor monetario de la cobertura para medicamentos que solicita es inferior al mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le enviará una carta que le indica el valor monetario mínimo necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

Si el valor monetario de su solicitud cumple con el requisito, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO **rechaza** su apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar con el proceso de apelaciones, usted:
 - Puede decidir si desea presentar una apelación de Nivel 3.
 - Puede consultar la carta que la IRO le envió después de su apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Un/a juez/a de derecho administrativo (ALJ) o un abogado mediador maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** del *Manual para miembros*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico/a y el personal del hospital colaboran con usted para prepararlo para el día en que salga del hospital. También ayudan a coordinar la atención que pueda necesitar después del alta.

- El día que se va del hospital es la "fecha de alta".
- Su médico/a o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o si le preocupa su atención después de dejar el hospital, puede pedir una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo solicitarla.

No obstante, las apelaciones analizadas en esta **Sección H**, usted también puede presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una Revisión médica independiente para continuar su hospitalización. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una Revisión médica independiente. Puede solicitar una Revisión médica independiente además o en lugar de una apelación de Nivel 3.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

H1. Aprender sobre sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso en el hospital, alguien en el hospital, como una enfermera o un asistente social, le dará una notificación por escrito titulada "Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos". Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital.

Si no recibe la notificación, pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea atentamente la notificación** y haga preguntas si hay algo que no entiende. La notificación le informa sobre sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos sus derechos a:
 - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Ser parte de cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
 - Sepa dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Apelar si cree que le darán el alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme la notificación** para demostrar que la recibió y que comprende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar la notificación **solo** demuestra que obtuvo la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con una fecha de alta que su médico/a o el personal del hospital le hayan indicado.
- **Guarde su copia** de la notificación firmada para tener la información si la necesita.

Si firma la notificación más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Puede consultar una copia de la notificación por adelantado si:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
- 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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si desea que cubramos sus servicios para pacientes internados durante más tiempo, presente una apelación. La Organización de mejora de la calidad (QIO) revisa la apelación de Nivel 1 para averiguar si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La QIO es un grupo de médicos/as y otros/as profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad de los servicios brindados a personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En California, la QIO es el programa Livanta. Llámelos al 1-877-588-1123. La información de contacto también se encuentra en la notificación "Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos" y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y, como máximo, en la fecha prevista del alta.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha prevista del alta sin pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha prevista del alta, es posible que pague todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Debido a que las hospitalizaciones están cubiertas tanto por Medicare como por Medi-Cal, si la QIO no acepta su solicitud de continuar con su hospitalización, o si cree que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave para su salud o tiene un dolor intenso, también puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) para solicitar una revisión médica independiente. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
- Llame al Programa de defensa y asesoramiento sobre seguros médicos (HICAP) al 1-800-434-0222.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Pida una revisión rápida. Actúe rápidamente y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para "**revisión rápida**" es "**revisión inmediata**" o "**evaluación acelerada**".

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería continuar después de la fecha prevista del alta. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizarán su información médica, hablarán con su médico/a y revisarán la información que el hospital y nuestro plan les proporcionen.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibirá una carta con la fecha prevista del alta. La carta también explica las razones por las que médico/a, el hospital y nosotros pensamos que es la fecha correcta para el alta que es médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación escrita es "**Notificación detallada de alta**". Puede obtener un modelo llamando a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un modelo de la notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

En el plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la QIO le dará una respuesta a su apelación.

Si la QIO **aprueba** su apelación:

- Cubriremos los servicios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Significa que consideran que su fecha prevista del alta es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura de los servicios para pacientes internados finalizará, al mediodía, el día después a que la QIO le dé su respuesta a su apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la QIO le dé respuesta a su apelación.
- Puede presentar una apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de Nivel 1 y, en ese caso, puede permanecer en el hospital después de su fecha prevista de alta.

H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

En una apelación de Nivel 2, le pide a la QIO que revise nuevamente la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123.

Debe solicitar esta revisión en un **plazo de 60 días calendario** después del día en que la QIO **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Los revisores de QIO:

- Revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación otra vez.
- Comunicarle su decisión sobre su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud para una segunda revisión.

Si la QIO **aprueba** su apelación:

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día después de la fecha en que la QIO rechazó su apelación de Nivel 1.
- Cubriremos los servicios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Significa que están de acuerdo con su decisión sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le entregarán una carta en la que indican qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.
- También puede presentar una queja ante el DMHC o solicitarle una revisión médica independiente para continuar su estadía en el hospital. Consulte la **Sección E4** para saber cómo presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una Revisión médica independiente.

Un/a juez/a de derecho administrativo (ALJ) o un abogado mediador maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata solo sobre tres tipos de servicios que puede estar recibiendo:

- Servicios de atención médica en el hogar
- Cuidado de enfermería especializada en una residencia para personas mayores **y**
- Atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a obtener servicios cubiertos durante el tiempo que el/la médico/a le diga que los necesita.

Si decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos informarle **antes** de que finalicen sus servicios. Cuando finaliza su cobertura para ese servicio, dejamos de pagarlo.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviaremos una notificación por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención. Esto se denomina "Aviso de no cobertura de Medicare". El aviso le indicará la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención y cómo puede apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso **solo** muestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se describe el proceso de apelación de Nivel 1 y lo que debe hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y siga los plazos que se aplican a los procesos que debe realizar. Nuestro plan también debe cumplir con los plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
 - Llame al HICAP al 1-800-434-0222.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- **Póngase en contacto con la QIO.**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** del *Manual para miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ella.
 - Pídale que revisen su apelación y decidan si deben cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápidamente y pida una "apelación acelerada".** Pregúntele a la QIO si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar la apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia que figura en el "Aviso de no cobertura de Medicare" que le enviamos.
- Si la Organización de mejora de la calidad no escucha su solicitud de continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica o si usted cree que su situación es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso, puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California y pedirle una Revisión médica independiente. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una Revisión médica independiente.

El término legal para la notificación por escrito es "**Aviso de no cobertura de Medicare**". Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, obtenga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación acelerada

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar la cobertura. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizarán su información médica, hablarán con su médico/a y revisarán la información que les brindó nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Nuestro plan también le enviará una notificación por escrito en el que se expliquen las razones por las que queremos finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso al final del día en que los revisores nos informen de su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es "**Explicación detallada de no cobertura**".

- Los revisores le comunicarán su decisión en el plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesitan.

Si la QIO **aprueba** su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finalizará en la fecha indicada.
- Dejaremos de pagar los costos de esta atención en la fecha del aviso.
- Pagará el costo total de esta atención si decide continuar con los servicios de atención en el hogar, en una residencia para personas mayores o en un CORF después de la fecha en que finalice su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presenta una apelación de Nivel 2.

13. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

En una apelación de Nivel 2, le pide a la QIO que revise nuevamente la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123.

Debe solicitar esta revisión en un **plazo de 60 días calendario** después del día en que la QIO **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continúa con la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Los revisores de QIO:

- Revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación otra vez.
- Comunicarle su decisión sobre su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud para una segunda revisión.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Si la QIO **aprueba** su apelación:

- Le reembolsaremos los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.
- Proporcionaremos cobertura por la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le entregarán una carta en la que indican qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.
- Puede presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una Revisión médica independiente para continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica. Consulte la **Sección F4** en la página 216 para saber cómo solicitar al DMHC una revisión médica independiente. Puede presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una Revisión médica independiente además o en lugar de una apelación de Nivel 3.

Un/a juez/a de derecho administrativo (ALJ) o un/a abogado/a mediador/a maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2 para los servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a otros niveles de apelación.

Si el valor monetario del servicio o artículo de Medicare que apeló no cumple con un cierto monto mínimo en dólares, no puede seguir apelando. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelaciones. La carta que recibe de la IRO para su apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar 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 mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador **acepta** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos que la acompañen. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del ALJ o del abogado mediador.
 - Si el ALJ o el abogado mediador **rechaza** su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para realizar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar ante el Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.

Si el Consejo **rechaza** o deniega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un/a juez/a del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **aceptarla** o **rechazarla**. Esta es la decisión final. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medi-Cal cubre normalmente. La carta que reciba de la División de Audiencias Estatales le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

J3. Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con otros niveles de apelación. La respuesta escrita que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar 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 mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador **acepta** su apelación:

- El proceso de apelaciones ha terminado.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el ALJ o el abogado mediador **rechaza** su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para realizar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelaciones ha terminado.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un/a juez/a del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **aceptarla** o **rechazarla**. Esta es la decisión final. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. ¿Qué tipo de problemas deben considerarse quejas?

El proceso de quejas se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • No está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial acerca de usted.
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Un proveedor de atención médica o el personal fueron groseros o le faltaron el respeto. • Nuestro personal lo trató mal. • Cree que está siendo expulsado de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	<ul style="list-style-type: none"> • No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un/a médico/a o proveedor/a.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Queja	Ejemplo
	<ul style="list-style-type: none"> • Su médico/a o proveedor/a no proporcionan un intérprete para el idioma que usted habla (como lenguaje de señas americano o español). • Su proveedor no le brinda las adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla. • Los/Las médicos/as, farmacéuticos/as u otros/as profesionales de la salud, Servicios para Miembros u otro personal del plan le hacen esperar demasiado.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • Piensa que la clínica, el hospital o el consultorio del médico/de la médica no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que no le dimos un aviso o una carta que debería haber recibido. • Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Plazos relacionados con las decisiones de cobertura o las apelaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Cree que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar, brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. • No cree que hayamos enviado su caso a la IRO a tiempo.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Hay diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna o externa. Una queja interna es presentada ante nuestro plan y revisada por nosotros. Una queja externa es presentada ante una organización no afiliada a nuestro plan y revisada por ella. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-866-722-6725.

El término legal para una "queja" es un **"reclamo"**.

El término legal para "hacer una queja" es **"presentar un reclamo"**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al 1-866-722-6725. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que hace la queja.

- Si hay algo más que necesite hacer, Servicios para Miembros se lo indicará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.
- Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para Miembros. Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo indicará.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- ¿Quién puede presentar un reclamo?
Como miembro de SCAN Health Plan, puede presentar un reclamo usted mismo o designar a alguien para que lo haga en su nombre. La persona que nombre será su representante autorizado. Si desea que un amigo, pariente, su médico/a u otro/a proveedor/a, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros (en el dorso de este documento encontrará impresos los números de teléfono) y pida el formulario "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.scanhealthplan.com/appointment-of-formulario de representante). El formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que haya autorizado para que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado. Los reclamos relacionados con un beneficio o servicio



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

específico de Medicaid no requieren un formulario de Nombramiento de representante (AOR) ni una notificación por escrito equivalente.

Cómo presentar un reclamo ante su plan

Si tiene una queja, usted o su representante pueden llamar al plan por Reclamos de la Parte C (para quejas sobre atención o servicios médicos de la Parte C) o Reclamos de la Parte D (para quejas sobre medicamentos o servicios de la Parte D). Encontrará los números de teléfono en la **Sección A del Capítulo 2** de su *Manual para miembros*. Intentaremos resolver por teléfono cualquier queja. Si no podemos resolver su queja por teléfono, contamos con un procedimiento formal para revisar su queja. A esto lo llamamos proceso de reclamo. En el proceso de reclamo, le responderemos por escrito si solicita una respuesta por escrito, presenta un reclamo por escrito o si su queja está relacionada con la calidad de la atención médica.

Puede presentar su reclamo por escrito o verbalmente. Para enviar un reclamo por escrito, envíelo a la dirección que aparece en la **Sección A del Capítulo 2** de su Manual para Miembros) o visite nuestro sitio web www.scanhealthplan.com/scan-resources/report-an-problema/presentación-de-un-reclamo-para-presentar-en-línea. El reclamo puede presentarse en cualquier momento después del evento o incidente. Debemos abordar su reclamo tan pronto como su caso lo requiera, en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días calendario después de recibir su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario si usted solicita una extensión, o si justificamos la necesidad de obtener información adicional, y la demora es lo mejor para usted. Si denegamos su reclamo en su totalidad o en parte, nuestra decisión por escrito explicará por qué la denegamos y le informará sobre cualquier opción de resolución de disputas que pueda tener.

- Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicios para Miembros de inmediato. Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que presenta una queja.

El **término legal** para "queja rápida" es "**reclamo acelerado**".

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su estado de salud exige que le demos una respuesta rápida, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en el plazo de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También proporcionamos una actualización de estado y el tiempo estimado para que obtenga la respuesta.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le daremos una "queja rápida" y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o una apelación, automáticamente le daremos una "queja rápida" y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o con la totalidad de su queja, se lo diremos y le daremos nuestros motivos. Respondemos independientemente de si aceptamos la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informarle a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. No es necesario que presente una queja ante SCAN Connections antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas muy en serio y utiliza esta información para mejorar la calidad del programa.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera 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 defensor 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 entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m.

Puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de ayuda del DMHC para obtener ayuda con las quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Para los asuntos que no sean urgentes, puede presentar una queja ante el DMHC si no está de acuerdo con la decisión en su apelación de Nivel 1 o si el plan no ha resuelto su queja después de 30 días calendario. Sin embargo, puede comunicarse con el DMHC sin presentar una apelación de Nivel 1 si necesita ayuda con una queja que involucra un problema urgente o uno que involucra una amenaza inmediata y grave para su salud, si siente dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión de nuestro plan sobre su queja o si nuestro plan no ha resuelto su queja después de 30 días calendario.

Estas son dos formas de obtener ayuda del Centro de ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden usar el número gratuito TTY, 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada (www.dmhc.ca.gov).



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si cree que no ha sido tratado de manera justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas discapacitadas o la asistencia lingüística. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de la OCR al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

También es posible que tenga derechos en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Puede comunicarse con la ADA al 1-800-514-0301.

QIO

Si su queja es sobre la calidad de la atención médica, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente a la QIO.
- Puede presentar su queja a la QIO y a nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, trabajamos con ellos para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos/as en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de su *Manual para miembros*.

En California, la QIO se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es 1-877-588-1123.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Capítulo 10: Finalización de la membresía en nuestro plan

Introducción

En este capítulo se explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá participando en los programas Medicare y Medi-Cal mientras sea elegible. Los términos clave y sus definiciones están ordenados de forma alfabética en el último capítulo de su *Manual para miembros*.

La cancelación de la membresía en SCAN Connections puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que quiere dejarlo. Las Secciones B y C proporcionan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección E le informa sobre situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si deja nuestro plan, debemos continuar proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice la membresía.

Tabla de contenidos

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan	277
B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	278
C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado	278
C1. Sus servicios de Medicare	279
C2. Sus servicios de Medi-Cal	282
D. Sus medicamentos, artículos y servicios médicos hasta que finalice su membresía en nuestro plan	283
E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan	283
F. Normas que prohíben pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud	284



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan..... 285

H. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan 285



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertas épocas del año. Debido a que tiene Medi-Cal, tiene algunas opciones para cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan en los siguientes períodos cada año:

- El **Período de inscripción anual**, que dura del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también para los/las nuevos/as beneficiarios/as de Medicare que están inscrito/a en un plan, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de adquirido el derecho. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

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

- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda adicional cambió, o
- si se mudó hace poco está recibiendo atención o acaba de salir de una residencia para personas mayores o un hospital de atención a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

Si deja 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 llamar para obtener más información sobre cómo cancelar su membresía: Servicios para Miembros, al número que aparece al final de esta página. También aparece el número para usuarios de TTY.

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



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud de California (HICAP), 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 encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP. 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 al 1-800-430-7077.
- Defensoría de cuidado administrado de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., o envíe un correo electrónico a MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 5** del *Manual para miembros*.

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Original Medicare. No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Puede enviarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para Miembros al número que se encuentra al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- 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 TTY (personas con 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. Encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando deje nuestro plan en la tabla de la página 273.
- 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 que también cancelará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Tiene opciones sobre cómo obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide dejar nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare que figuran a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se enumera a continuación durante ciertas épocas del año, incluido el **Período de inscripción anual y el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, usted cancela automáticamente su membresía en nuestro plan.

<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Un Plan de Medicare Medi-Cal (Plan Medi-Medi) es un tipo de plan de Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los Planes de Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios en ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal.</p> <p>Nota: El término Plan de Medi-Medi es el nombre de los planes integrados de para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad (D-SNP) en California.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (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 sobre seguros médicos (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 encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aqing.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo Plan de Medi-Medi.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela automáticamente cuando comienza la cobertura del nuevo plan.</p> <p>Su plan de Medi-Cal cambiará para que coincida con su Plan de Medi-Medi.</p>
--	--



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare con un plan separado de Medicare para medicamentos con receta</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</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 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 sobre seguros médicos (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 encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancela automáticamente cuando comienza su cobertura de Original Medicare.</p>
---	--



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare sin un plan separado de Medicare para medicamentos con receta</p> <p>NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le indique a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura para medicamentos con receta si tiene esta cobertura de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame al Programa de defensa y asesoramiento sobre seguros médicos (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 encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</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 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 sobre seguros médicos (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 encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Su inscripción en nuestro plan se cancela automáticamente cuando comienza su cobertura de Original Medicare.</p>
--	---



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

<p>4. Puede cambiar a:</p> <p>Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertas épocas del año, incluido el Período de inscripción anual y el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (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 sobre seguros médicos (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 encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscríbese en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela automáticamente cuando comienza la cobertura del nuevo plan.</p> <p>Su plan de Medi-Cal puede cambiar.</p>
---	---

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de dejar nuestro plan, comuníquese con 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. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que obtiene su cobertura de Medi-Cal.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

D. Sus medicamentos, artículos y servicios médicos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si deja nuestro plan, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía termine y comience su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, usted seguirá recibiendo sus medicamentos con receta y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Acuda a nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- Acuda a las farmacias de nuestra red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo, para obtener sus medicamentos con receta.
- Si está hospitalizado el día que finalice su membresía en SCAN Connections, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que le den el alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos cancelar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medi-Cal. Nota: Si ya no califica para Medi-Cal, puede continuar temporalmente en nuestro plan con los beneficios de Medicare, consulte la información a continuación sobre el período de consideración.
- Si no paga su gasto médico, si corresponde.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga para medicamentos con receta.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C DHCS Approved_09112024

- Si no es ciudadano de Estados Unidos o no tiene presencia legal en Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de Estados Unidos o tener presencia legal en Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si no es elegible para seguir siendo miembro.
 - Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.
 - Si ya no es elegible para Medi-Cal (Medicaid). Como se indica en el **Capítulo 1** del *Manual para miembros*, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medi-Cal (Medicaid). Su inscripción se cancelará dentro de los 90 días posteriores a la fecha en la que dejó de ser elegible para los beneficios de Medi-Cal (Medicaid).

Podemos hacer que deje nuestro plan por los siguientes motivos solo si primero obtenemos permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica. (Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso si cancelamos su membresía por este motivo).

F. Normas que prohíben pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que deje 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. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede consultar el **Capítulo 9** del *Manual para miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo cancelar su membresía, puede llamar a Servicios para Miembros al número que se encuentra al final de esta página.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones están ordenados de forma alfabética en el último capítulo de su *Manual para miembros*.

Tabla de contenidos

A. Aviso sobre las leyes	287
B. Aviso sobre no discriminación.....	287
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de última instancia	288
D. Aviso sobre la recuperación de patrimonio de Medi-Cal.....	288
E. Arbitraje de cumplimiento obligatorio	289



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

A. Aviso sobre las leyes

Se aplican muchas leyes a este *Manual para miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en el *Manual para miembros*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales y estatales sobre los programas de Medicare y Medi-Cal. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

No lo/a discriminamos ni lo/a tratamos de manera diferente debido a su raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, no discriminamos de manera ilegal ni excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente debido a su ascendencia, identificación de grupo étnico, identidad de género, estado civil ni afección médica.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o trato injusto:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame al Departamento de Servicios de Salud de la Oficina de Derechos Civiles al 916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones). Si cree que ha sido discriminado y desea presentar un reclamo por discriminación, comuníquese con:
SCAN Health Plan
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22644, Long Beach, CA 90801-5644
1-866-722-6725 (TTY: 711)
FAX: 1-562-989-0958

O puede completar el formulario "Presentar un reclamo" en nuestro sitio web:
www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance.

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Servicios para Miembros de SCAN puede ayudarle.

Si su reclamo es sobre discriminación en el programa Medi-Cal, también puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Salud de la Oficina de Derechos Civiles por teléfono, por escrito o de manera electrónica:



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- Por teléfono: Llame al 916-440-7370. Si no puede hablar u oír bien, llame al 711 (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones).
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a la siguiente dirección:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- De manera electrónica: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema para acceder en sillas de ruedas, el Servicio para Miembros puede ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de última instancia

A veces, otra persona debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación laboral deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal.

Cumplimos con las leyes y regulaciones federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de última instancia.

D. Aviso sobre la recuperación de patrimonio de Medi-Cal

El programa Medi-Cal debe solicitar el reembolso de los patrimonios testamentarios de ciertos miembros fallecidos por los beneficios de Medi-Cal recibidos después de cumplir 55 años. El reembolso incluye primas/pagos por capitación de pago por servicio y atención administrada por servicios en residencias para personas mayores, servicios basados en el hogar y la comunidad, y servicios hospitalarios y de medicamentos con receta recibidos cuando el miembro estaba internado en una residencia para personas mayores o recibía servicios en el hogar y la comunidad. El reembolso no puede exceder el valor del patrimonio testamentario de un miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación de bienes del Departamento de Servicios de Atención Médica en www.dhcs.ca.gov/er o llame al 916-650-0590.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

E. Arbitraje de cumplimiento obligatorio

Los nuevos miembros que se inscriban en SCAN Health Plan cuya fecha de entrada en vigencia sea el 1 de marzo de 2008 o una fecha posterior, reciben junto con sus materiales posteriores a la inscripción una tarjeta de exclusión de arbitraje que pueden usar para no optar por un arbitraje de cumplimiento obligatorio. Estos miembros tienen la opción de optar por no recibir un arbitraje de cumplimiento obligatorio devolviéndole la tarjeta de exclusión de arbitraje a SCAN Health Plan dentro de los 60 días posteriores a la fecha de solicitud de inscripción en SCAN Health Plan, de acuerdo con las instrucciones proporcionadas en la tarjeta.

La siguiente descripción de un arbitraje de cumplimiento obligatorio se aplica a los siguientes miembros:

- Todos los miembros inscritos en SCAN Health Plan que se inscribieron con una fecha de entrada en vigencia anterior al 3/1/08.
- Todos los miembros inscritos en SCAN Health Plan, cuya fecha de entrada en vigencia fue el 3/1/08 o una fecha posterior, que no han optado expresamente por no hacer uso del proceso de arbitraje de cumplimiento obligatorio enviando la tarjeta de exclusión de arbitraje que se incluyó en los materiales posteriores a la inscripción en el momento de la inscripción.
- Para todas las reclamaciones sujetas a esta disposición de "Arbitraje de cumplimiento obligatorio", tanto los demandantes como los demandados (según se definen a continuación) renuncian al derecho a un juicio por jurado o tribunal y aceptan el uso del arbitraje de cumplimiento obligatorio. Si es que esta disposición de "Arbitraje de cumplimiento obligatorio" se aplica a las reclamaciones presentadas por las partes de SCAN Health Plan (según se define a continuación), se aplicará retroactivamente a todas las reclamaciones no resueltas que se presentaron antes de la fecha de entrada en vigencia de esta Evidencia de cobertura. Dicha aplicación retroactiva solo será obligatoria para las partes de SCAN Health Plan.

Alcance del arbitraje

Toda disputa deberá llevarse a un arbitraje de cumplimiento obligatorio si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- La reclamación surge o está relacionada con una presunta violación de cualquier deber relacionado con, o que surja de, esta Evidencia de cobertura o la relación de una Parte que es miembro (según se define a continuación) con SCAN Health Plan, incluido cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria (una reclamación de que los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o fueron indebidos, por negligencia o incompetencia), por responsabilidad de locales, o en relación con la cobertura o prestación de servicios, independientemente de las teorías jurídicas sobre las que se haga valer la reclamación.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

- La reclamación es presentada por una o más Partes que son miembro contra una o más Partes de SCAN Health Plan o por una o más Partes de SCAN Health Plan contra una o más Partes que son miembro.
- La reclamación no se encuentra dentro de la jurisdicción del tribunal de reclamaciones pequeñas.
- La reclamación no está sujeta a un proceso de apelación ante Medicare.

Como se refiere en esta disposición de "Arbitraje de cumplimiento obligatorio", las "Partes que son miembros" incluyen lo siguiente:

- Un miembro.
- El heredero, pariente o representante personal de un miembro.
- Cualquier persona que presente una reclamación sobre una obligación para con ella surge de la relación de un miembro con una o más Partes de SCAN Health Plan.

Las "partes de SCAN Health Plan" incluyen las siguientes:

- SCAN Health Plan.
- SCAN Group y cualquiera de sus subsidiarias.
- Cualquier empleado o agente de cualquiera de las partes antes mencionadas.

"Demandante" se refiere a una Parte que es miembro o una Parte de SCAN Health Plan que realiza una reclamación como se describió anteriormente. "Demandado" se refiere a una Parte que es miembro o una Parte de SCAN Health Plan contra la cual se realiza una reclamación.

Arbitraje administrado por JAMS

Los demandantes deben presentar cualquier disputa sujeta a un arbitraje de cumplimiento obligatorio ante el Servicio judicial, de arbitraje y mediación (JAMS) (una organización que brinda servicios de arbitraje) para su resolución mediante un arbitraje de cumplimiento obligatorio y final ante un solo árbitro. Cualquiera de estas disputas no se resolverá mediante un juicio ni se recurrirá a un proceso judicial, a menos que la ley de California estipule una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje.

Los demandantes deberán iniciar el arbitraje mediante la presentación de una solicitud de arbitraje ante el JAMS. Comuníquese con el JAMS al número de teléfono o la dirección de correo electrónico indicados a continuación para presentar una solicitud de arbitraje.

La solicitud de arbitraje deberá incluir el fundamento de la reclamación contra los demandados; el monto de los daños que los demandantes solicitan en el arbitraje; los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los demandantes y sus abogados, si los hubiera; y los nombres de todos los demandados. Los demandantes incluirán todas las reclamaciones contra los demandados que estén basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas en la solicitud de arbitraje.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

La administración del arbitraje será llevada a cabo por el JAMS en conformidad con las normas y los procedimientos integrales de arbitraje del JAMS. Los demandantes y los demandados se esforzarán por ponerse de acuerdo mutuamente en cuanto a la designación del árbitro. No obstante, si no pueden llegar a un acuerdo dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de la solicitud de arbitraje, se utilizarán los procedimientos de designación del árbitro incluidos en las normas y los procedimientos integrales del JAMS.

Las audiencias de arbitraje se realizarán en Los Angeles, California, o en otro lugar que los demandantes y demandados acuerden por escrito. El descubrimiento civil puede tomarse en arbitraje según lo dispuesto por la ley de California y el Código de Procedimiento Civil de California. El árbitro seleccionado tendrá el poder de controlar la duración, el alcance y la manera de la utilización del descubrimiento. El árbitro también tendrá el mismo poder que tiene un Tribunal Superior de California para hacer cumplir las obligaciones que le corresponden a cada parte respecto del descubrimiento y para imponer sanciones, entre otras cosas. El árbitro tendrá el poder de conceder todas las compensaciones provistas por la ley de California.

El árbitro preparará por escrito un fallo que incluye las razones legales y de hecho para la decisión. El fallo incluirá la asignación de los honorarios del procedimiento y los gastos entre las partes. El requisito del arbitraje de cumplimiento obligatorio no le impedirá a una parte solicitar una orden de restricción temporal o un requerimiento preliminar u otras compensaciones provisionales ante un tribunal con jurisdicción. Sin embargo, cualquiera y todas las reclamaciones o causas de acción, que incluyen, entre otras, aquellas que buscan el resarcimiento de daños y perjuicios, estarán sujetas a un arbitraje de cumplimiento obligatorio según lo previsto en el presente documento. Se aplicarán las Secciones 1 a 16 del Título 9 del Código de Estados Unidos de la Ley Federal de Arbitraje.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo iniciar un arbitraje de cumplimiento obligatorio, comuníquese con JAMS al 1-800-352-5267 o por Internet en www.jamsadr.com.



Si tiene alguna pregunta, llame a SCAN Connections al 1-866-722-6725 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.scanhealthplan.com. OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026) Y0057_SCAN_21198_2025_C
DHCS Approved_09112024

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave utilizados en el *Manual para miembros* con sus correspondientes definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no encuentra el término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria (AVD): Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administración de farmacoterapia (MTM): Un grupo distinto de servicios o grupos de servicios proporcionados por los/las proveedores/as de atención médica, incluidos los/las farmacéuticos/as, para garantizar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual para miembros* para obtener más información.

Apelación: Una forma de cuestionar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura mediante la presentación de una apelación. El **Capítulo 9** del *Manual para miembros* explica qué son las apelaciones y cómo presentar una apelación.

Área de servicio: Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, si limita la membresía basándose en el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan a qué médicos/as y hospitales puede acudir, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Asistente de atención en el hogar: Una persona que brinda servicios que no necesita las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia para brindar ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen tratamiento.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos brindados por un/a proveedor/a capacitado/a para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Atención de urgencia: Atención que recibe para una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia pero que necesita atención inmediata. Puede recibir atención de urgencia de proveedores/as fuera de la red cuando no pueda acceder a un/a proveedor/a de la red porque, dado el momento, el lugar o las circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores/as de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección inesperada, pero no es una emergencia médica).

Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): Servicios de cuidado de enfermería especializada y rehabilitación proporcionados diariamente de manera continua en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen la fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) administradas por una enfermera registrada o un/a médico/a.

Audiencia estatal: Si su médico/a u otro/a proveedor/a solicita un servicio de Medi-Cal que no aprobaremos, o si no seguiremos pagando por un servicio de Medi-Cal que usted ya tiene, puede solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal se resuelve a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Autorización previa (PA): Una aprobación que debe obtener de nuestra parte antes de poder recibir un servicio o medicamento específico o de acudir a un/a proveedor/a fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico/a u otro/a proveedor/a de la red obtienen una autorización previa de nuestra parte.

- Los servicios cubiertos que necesitan PA de nuestro plan se señalan en el **Capítulo 4** del *Manual para miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si recibe PA de nuestra parte.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y las normas están publicadas en nuestro sitio web.

Ayuda adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda adicional también se denomina "Subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesitar una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: Un medicamento biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son igual de seguros y eficaces que el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesitar una nueva receta. (Consulte "Biosimilar intercambiable").

Centro de enfermería especializada (SNF): Una residencia para personas mayores con el personal y el equipo para brindar cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro o centro de convalecencia: Un centro que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro que brinda cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. El **Capítulo 2** del *Manual para miembros* explica cómo comunicarse con los CMS.

Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo): Un consejo que revisa una apelación de Nivel 4. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Coordinador de atención: La persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores/as de atención médica para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Copago: Una cantidad fija que paga como su parte del costo cada vez que recibe ciertos servicios médicos o medicamentos con receta. Por ejemplo, puede pagar \$2 o \$5 por un servicio médico o un medicamento con receta.

Costo compartido diario: Es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico/a le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes.

A continuación, le presentamos un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es \$1.35. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es menos de \$0.05 por día. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, su pago es inferior a \$0.05 por día multiplicado por 7 días, lo que representa un pago total inferior a \$0.35.

Costo compartido: Su parte de los costos por la atención médica que es posible que deba pagar cada mes antes de que sus beneficios entren en vigencia. El monto de su parte del costo varía según sus ingresos y recursos.

Costos de bolsillo: El requisito de costos compartidos para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de gastos "de bolsillo". Consulte la definición de "costos compartidos" arriba.

D-SNP integrado: Un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría de los servicios de Medicaid en virtud de un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas se conocen como personas con doble elegibilidad para beneficios completos.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre los medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. El **Capítulo 9** del *Manual para miembros* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC): El departamento de estado de California responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con las apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. El DMHC también lleva a cabo Revisiones médicas independientes (IMR).

Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS): El departamento del estado de California que administra el Programa de Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Desafiliación: El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La terminación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Determinación de la organización: Nuestro plan hace una determinación de la organización cuando nosotros, o uno/a de nuestros/as proveedores/as, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura". El **Capítulo 9** del *Manual para miembros* explica las decisiones de cobertura.

Emergencia: Una emergencia médica en la que usted, o una persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

Equipo de atención interdisciplinario (ICT o equipo de atención): Un equipo de atención puede incluir médicos/as, enfermeros/as, asesores/as u otros/as profesionales de la salud que estén allí para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a elaborar un plan de atención médica.

Equipo de atención: Consulte "Equipo de atención interdisciplinaria".

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que su médico/a le indica para usar en su propia casa. Algunos ejemplos de estos artículos incluyen sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas con diabetes, camas de hospital ordenadas por un/a proveedor/a para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: Un/a médico/a que brinda atención médica para una enfermedad o una parte del cuerpo en particular.

Etapas de cobertura catastrófica: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Comienza esta etapa cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado \$2,000 en concepto de medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año. Usted no debe pagar nada.

Etapas de cobertura inicial: La etapa antes de que sus gastos totales en medicamentos de la Parte D de Medicare alcancen \$2,000. Esto incluye los montos que pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Comienza en esta etapa cuando obtiene la primera receta del año. Durante esta etapa, pagamos una parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte.

Evaluación de riesgos para la salud (HRA): Una revisión de su historial/a médico/a y su estado actual. Se utiliza para aprender sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento por fuera de lo establecido en las normas y limitaciones.

Facturación incorrecta/inadecuada: Una situación en la que un/a proveedor/a (un/a médico/a o un hospital) le factura más que nuestro monto de gastos compartidos por los servicios. Llame a Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no comprende.

Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, no debe ningún gasto compartido. Los/Las proveedores/as no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Una farmacia (droguería) que aceptó surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos "farmacias de la red" porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus medicamentos con receta solo cuando los surte en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia especializada: Consulte el **Capítulo 5** del *Manual para miembros* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtenga en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Formación en competencias culturales: Capacitación que proporciona instrucción adicional para nuestros/as proveedores/as de atención médica que les ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Gastos compartidos: El gasto compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El gasto compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que los servicios o medicamentos estén cubiertos; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de "coseguro", un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o aplicación informática en la que los/las inscritos/as pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada, sobre medicamentos cubiertos y beneficios específicos para cada persona inscrita. Esto incluye el monto del costo compartido, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura (autorización previa o límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que a una persona se le ha diagnosticado una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Una persona inscrita que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un hospicio.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores/as brinda atención integral a la persona, lo que incluye asistencia con las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a darle una lista de proveedores/as de hospicio en su área geográfica.

Información personal de salud (también llamada información de salud protegida)

(PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, consultas médicas e historial médico. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Inscrito/a en Medicare-Medi-Cal: Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. Una persona inscrita en Medicare-Medicaid también se denomina una "persona con doble elegibilidad".

Juez/a de derecho administrativo: Un/a juez/a que revisa una apelación de Nivel 3.

Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que puede obtener. Podemos limitar la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario): Una lista de los medicamentos con receta que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos/as y farmacéuticos/as. La Lista de medicamentos le indica si hay alguna norma que deba seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se denomina "formulario".

Manual para miembros y Divulgación de información: Este documento, junto con su solicitud de inscripción y cualquier otro documento adjunto, o cláusula adicional, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia médica): Un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos. Medi-Cal es el programa de Medicaid del estado de California.

Medi-Cal: Este es el nombre del programa de Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y es pagado por el estado y el gobierno federal.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que Medicare no cubre.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medi-Cal.

Médicamente necesario: Describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que vaya a un hospital o residencia para personas mayores. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: Un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía que fabricó originalmente el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos generalmente son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Medicamento genérico: Un medicamento con receta aprobado por el gobierno federal para usar en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona igual de bien que el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: Consulte "Medicamentos de la Parte D de Medicare".

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre son drogas o medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un/a profesional de la salud.

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como "Parte C de Medicare" o "MA", que ofrece planes MA a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Medicare original (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio): El gobierno ofrece Original Medicare. Con Original Medicare, los servicios están cubiertos al pagar a los/las médicos/as, hospitales y otros/as proveedores/as de atención médica los montos que determine el Congreso.

- Puede acudir a cualquier médico/a, hospital u otro/a proveedor/a de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y Parte B de Medicare (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todas partes en Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Medicare: El programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte "Plan de salud").

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare y Medi-Cal que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito/a en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Nivel de gastos compartidos: Un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como la Lista de medicamentos) está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costos compartidos, mayor será su costo por el medicamento.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos o de marca son ejemplos de niveles de medicamentos. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles.

Ombudsman: Una oficina en su estado que trabaja como un/a defensor/a en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué hacer. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** del *Manual para miembros*.

Organización de revisión independiente (IRO): Una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de Nivel 2. No está conectada con nosotros y no es una agencia de gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad independiente de evaluación**.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): Un grupo de médicos/as expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. El gobierno federal le paga a la QIO para que verifique y mejore la atención brindada a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** del *Manual para miembros* para obtener información sobre la QIO.

Pacientes internados: Término que se usa cuando es ingresado/a formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido formalmente, es posible que se lo considere un paciente ambulatorio en lugar de un paciente internado, incluso si pasa la noche.

Parte A: Consulte "Parte A de Medicare".

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayoría de los hospitales, centros de enfermería especializada, atención en el hogar y cuidados para enfermos terminales médicamente necesarios.

Parte B: Consulte "Parte B de Medicare".

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre los servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C: Consulte "Parte C de Medicare".

Parte C de Medicare: El programa de Medicare, también conocido como "Medicare Advantage" o "MA", que permite a las compañías privadas de seguros médicos proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Parte D: Consulte "Parte D de Medicare".

Parte D de Medicare: El programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. Llamamos a este programa la "Parte D" para abreviarlo. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Plan de atención médica individualizado (ICP o Plan de atención médica): Un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo.

Plan de atención médica: Consulte "Plan de atención médica personalizado".

Plan de Medi-Medi: Un Plan de Medicare Medi-Cal (Plan de Medi-Medi) es un tipo de plan de Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los Planes de Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios en ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal.

Plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (D-SNP): Plan de salud que presta servicios a personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Plan de salud: Organización compuesta por médicos/as, hospitales, farmacias, proveedores/as de servicios a largo plazo y otros/as proveedores/as. También cuenta con coordinadores/as de la atención para ayudarle a administrar todos/as sus proveedores/as y servicios. Todos ellos trabajan juntos para brindarle la atención que usted necesita.

Planes de Medi-Cal: Planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyos a largo plazo, equipos médicos y transporte. Los beneficios de Medicare son independientes.

Producto biológico original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y funciona como referencia para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se lo denomina producto de referencia.

Producto biológico: Un medicamento con receta que está hecho de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también "Producto biológico original" y "Biosimilar").

Programa de administración de medicamentos (DMP): Un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP): Un programa que ayuda a las personas elegibles con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas.

Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE): Un programa que cubre los 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 Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP): Un programa que proporciona información y asesoramiento gratuitos y objetivos sobre Medicare. El **Capítulo 2** de su *Manual para miembros* explica cómo comunicarse con el HICAP.

Programa de pedidos por correo: Algunos planes pueden ofrecer un programa de pedido por correo que le permite obtener un suministro para hasta 3 meses de sus medicamentos con receta cubiertos que se enviará directamente a su hogar. Esta puede ser una forma rentable y conveniente de surtir las recetas que toma de forma regular.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP): Un programa estructurado de cambios en el comportamiento de salud que brinda capacitación sobre cambios en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Prótesis y ortésicas: Dispositivos médicos solicitados por su médico/a u otro/a proveedor/a de atención médica que incluyen, entre otros, dispositivos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; prótesis oculares; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros para estoma y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor/a de atención primaria (PCP): El/la médico/a u otro/a proveedor/a al/a la que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Se aseguran de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También pueden hablar con otros/as médicos/as y proveedores/as de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe acudir a su proveedor/a de atención primaria antes de ir a cualquier otro/a proveedor/a de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** del *Manual para miembros* para obtener información sobre cómo obtener atención de los/las proveedores/as de atención primaria.

Proveedor/a de la red: "Proveedor/a" es el término general que usamos para los/las médicos/as, enfermeros/as y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

- Tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos "proveedores/as de la red" cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran a los miembros un monto adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe acudir a los/las proveedores/as de la red para obtener los servicios cubiertos. Los/Las proveedores/as de la red también se denominan "proveedores/as del plan".

Proveedor/a o centro fuera de la red: Un/a proveedor/a o centro que no está empleado/a, no es propiedad ni está operado por nuestro plan y que no tiene un contrato para proporcionar servicios

Queja: Una declaración escrita u oral que indique que tiene un problema o inquietud sobre los servicios o la atención cubiertos. Esto incluye inquietudes sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, nuestros/as proveedores/as de la red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para "hacer una queja" es "presentar un reclamo".

Queja: Una queja que usted presente sobre nosotros o alguno de los/las proveedores/as o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio prestado por su plan de salud.

Recomendación: Una recomendación es la aprobación nuestra o de su proveedor/a de atención primaria (PCP) para acudir a un/a proveedor/a que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una recomendación para acudir a ciertos especialistas, como especialistas en la salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las recomendaciones en los **Capítulos 3 y 4** del *Manual para miembros*.

Revisión médica independiente (IMR): Si rechazamos su solicitud de servicios o tratamientos médicos, puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema está relacionado con un servicio de Medi-Cal, como suministros de DME y medicamentos, puede solicitar una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso por parte de médicos/as que no forman parte de nuestro plan. Si la decisión de IMR es a su favor, debemos brindarle el servicio o tratamiento que solicitó. No pagará ningún costo por una IMR.

Salud conductual: Un término que incluye todo lo que se refiere a los servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias tóxicas.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI): Un beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años con ingresos y recursos limitados. Los beneficios del Seguro de ingreso suplementario (SSI) no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Servicios comunitarios para adultos (CBAS): Programa de servicios para pacientes ambulatorios en un centro que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacionales y del habla, atención personal, capacitación y apoyo para familiares y cuidadores/as, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a miembros elegibles que cumplan con los criterios de elegibilidad vigentes.

Servicios confidenciales: Servicios relacionados con salud mental o conductual, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, agresión sexual y abortos, trastorno por el uso de sustancias tóxicas, atención de afirmación de género y violencia de pareja.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: El término general que usamos abarca toda la atención médica, los servicios y los apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos con receta y de venta libre, los equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios de apoyo en el hogar (IHSS): El programa IHSS ayudará a pagar los servicios que se le brinden para que pueda permanecer de forma segura en su propio hogar. Los IHSS son una alternativa a la atención fuera del hogar, como los centros de convalecencia o los centros de atención. Los tipos de servicios que pueden autorizarse a través de los IHSS son limpieza doméstica, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de atención personal (como atención por problemas con los intestinos y la vejiga, atención para ir al baño, para asearse y servicios paramédicos), acompañamiento a las citas médicas y la supervisión protectora para las personas con discapacidad mental. Las agencias de servicios sociales del condado administran los IHSS.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** del *Manual para miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios opcionales del plan de atención médica (servicios de CPO): Servicios adicionales que son opcionales según su Plan de atención médica personalizado (ICP). Estos servicios no pretenden reemplazar los servicios y apoyos a largo plazo que usted está autorizado a obtener conforme a Medi-Cal.

Servicios para Miembros: Un departamento de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** del *Manual para miembros* para obtener más información sobre Servicios para Miembros.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a una residencia para personas mayores o a un hospital. Los LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen servicios comunitarios para adultos (CBAS), también conocidos como atención médica diurna para adultos, centros de enfermería (NF) y apoyos comunitarios. Los programas de exención IHSS y 1915(c) son LTSS de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte "Ayuda adicional".

Servicios para Miembros de SCAN Connections (HMO D-SNP)

Método	Información de contacto de Servicios para Miembros
TELÉFONO	<p>1-866-722-6725</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Nota: No atendemos en la mayoría de los feriados federales. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.</p> <p>Servicios para Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Nota: No atendemos en la mayoría de los feriados federales. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.</p>
FAX	<p>1-562-989-5181</p>
DIRECCIÓN	<p>SCAN Health Plan Attention: Member Services Department P.O. Box 22616 Long Beach, CA 90801-5616</p>
SITIO WEB	<p>www.scanhealthplan.com</p>