



CCHP Senior Select Program (HMO SNP)

2012 Resumen de beneficios 保障簡要

Sección I: Introducción al resumen de beneficios

Gracias por su interés en CCHP Senior Select Program (HMO SNP). Nuestro plan es ofrecido por Chinese Community Health Plan, un Plan para necesidades especiales de la organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) Medicare Advantage. Este plan está diseñado para las personas que cumplen con los requisitos específicos de inscripción.

Puede reunir los requisitos para inscribirse en este plan si recibe ayuda del estado y de Medicare.

Todo costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

Comuníquese con CCHP Senior Select Program (HMO SNP) para saber si reúne los requisitos para inscribirse. Nuestro número aparece al final de esta introducción.

En este Resumen de beneficios encontrará algunas de las características de nuestro plan. No se enumera cada uno de los servicios que cubrimos, ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, llame a CCHP Senior Select Program (HMO SNP) y solicite la "Evidencia de cobertura".

Usted tiene opciones en su atención médica

Como beneficiario de Medicare, usted puede elegir entre diferentes opciones de Medicare. Una de las opciones es el plan Original Medicare (pago por servicio). Otra opción es un plan de salud Medicare, como CCHP Senior Select Program (HMO SNP). Es posible que también tenga otras opciones. Usted elige. Independientemente de su decisión, usted sigue en el programa de Medicare.

Si reúne los requisitos para Medicare y Medicaid (doble elegibilidad), puede inscribirse o cancelar su inscripción en un plan en cualquier momento.

Para obtener más información, comuníquese con CCHP Senior Select Program (HMO SNP) al número que figura al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a este número durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

¿Cómo puedo comparar mis opciones?

Puede comparar CCHP Senior Select Program (HMO SNP) y el plan Original Medicare utilizando este Resumen de beneficios. Las tablas de este folleto enumeran algunos beneficios importantes para la salud. Para cada beneficio puede ver qué cubre nuestro plan y qué cubre el plan Original Medicare.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. Además, ofrecemos más beneficios, que pueden cambiar año a año.

¿Dónde se ofrece CCHP Senior Select Program (HMO SNP)?

El área de servicios para este plan abarca: Condado de San Francisco, CA. Debe vivir en esta área para inscribirse en el plan.

¿Quién reúne los requisitos para inscribirse en CCHP Senior Select Program (HMO SNP)?

Usted puede inscribirse en CCHP Senior Select Program (HMO SNP) si tiene derecho a la Parte A de Medicare, y está inscrito en la Parte B de Medicare y vive en el área de servicio. Sin embargo, las personas con enfermedad renal terminal en general no reúnen los requisitos para inscribirse en CCHP Senior Select Program (HMO SNP), salvo que sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde que comenzó la diálisis.

También debe recibir ayuda del estado para inscribirse en este plan.

Llame al plan para averiguar si reúne los requisitos para inscribirse.

¿Puedo elegir a mis médicos?

CCHP Senior Select Program (HMO SNP) ha formado una red de médicos, especialistas y hospitales. Usted sólo puede utilizar aquellos médicos que formen parte de nuestra red. Los proveedores de salud de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Puede solicitar el Directorio de proveedores vigente llamando a nuestro número del servicio al cliente que aparece al final de esta introducción.

¿Qué sucede si visito a un médico que no está en la red?

Si usted elige visitar a un médico que no pertenece a nuestra red, debe pagar usted mismo esos servicios, excepto en ciertos casos (por ejemplo, atención de emergencia). Ni el plan ni Original Medicare pagarán por estos servicios.

¿Dónde puedo obtener mis medicamentos con receta si me inscribo en este plan?

CCHP Senior Select Program (HMO SNP) ha formado una red de farmacias. Usted debe utilizar una farmacia de la red para recibir los beneficios del plan. Es probable que no paguemos sus

medicamentos con receta si utiliza una farmacia fuera de la red, excepto en ciertos casos. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede solicitar un directorio de farmacias o visitar nuestro sitio web en www.cchphmo.com/drugbenefitseniorprogram.html. Nuestro número del servicio al cliente aparece al final de esta introducción.

¿Cubre mi plan los medicamentos de la Parte B o la Parte D de Medicare?

CCHP Senior Select Program (HMO SNP) cubre tanto los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

¿Qué es un formulario de medicamentos con receta?

CCHP Senior Select Program (HMO SNP) utiliza un formulario. El formulario es una lista de los medicamentos cubiertos por su plan para satisfacer las necesidades de los pacientes. En forma periódica podemos agregar, eliminar, hacer cambios a las limitaciones de cobertura de ciertos medicamentos o cambiar el monto que usted paga por un medicamento. Si hacemos algún cambio en el formulario que limite la capacidad de nuestros afiliados para llenar sus medicamentos con receta, informaremos a los afiliados afectados antes de implementar el cambio. Le enviaremos un formulario, y también podrá acceder al formulario completo en nuestro sitio web www.cchphmo.com/drugbenefitseniorprogram.html.

Si actualmente toma un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o que está sujeto a límites o requisitos adicionales, es posible que pueda obtener una dosis temporal de dicho medicamento. Puede comunicarse con nosotros para solicitarnos una excepción o para cambiarse a un medicamento alternativo que aparezca en nuestro formulario con la ayuda de su médico. Llámenos para averiguar si puede obtener una dosis temporal del medicamento o para conocer más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿Cómo puedo obtener ayuda adicional con los costos del plan de medicamentos con receta u obtener ayuda adicional con otros costos de Medicare?

Usted podría obtener ayuda adicional para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta y obtener ayuda con otros costos de Medicare. Para saber si es elegible para recibir ayuda adicional, llame:

- al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana; y consultar “Programas for People with Limited Income and Resources” (Programas para personas con recursos e ingresos limitados) de www.medicare.gov en la publicación Medicare and You (Medicare y usted);
- la Administración del Seguro Social, al 1-800-722-1213 desde las 7 a. m. hasta las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778; o
- a la Oficina de Medicaid de su estado.

¿Cuáles son mis protecciones en este plan?

Todos los planes Medicare Advantage se comprometen a estar en el programa durante un año calendario completo cada vez. Los beneficios del plan y la participación en los gastos pueden cambiar de año en año. Cada año, los planes pueden decidir si continúan participando en su Medicare Advantage. Un plan puede continuar en toda su área de servicio (área geográfica en donde el plan acepta a los miembros) o elegir continuar únicamente en determinadas áreas. Además, Medicare puede decidir terminar un contrato con el plan. Si su plan Medicare Advantage deja el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar un año calendario adicional, debe enviarle una carta a usted, al menos, 90 días antes de que finalice la cobertura. En la carta se le explicará las opciones de cobertura de Medicare que usted tiene en su área.

Como miembro de CCHP Senior Select Program (HMO SNP), tiene derecho a solicitar una determinación de la organización, lo cual incluye el derecho a interponer un reclamo. Tiene derecho a solicitar una determinación de la organización si desea que le proporcionemos o le paguemos un producto o servicio que usted considera que debería estar cubierto; tiene derecho a apelar y a solicitarnos que revisemos nuestra decisión. Puede solicitarnos una apelación o determinación de cobertura acelerada (rápida) si considera que la espera de una decisión podría poner su vida o su salud en grave peligro o afectar su capacidad de recuperarse al máximo. Si su médico realiza o apoya la solicitud acelerada, debemos acelerar nuestra decisión. Por último, usted tiene derecho de iniciar un reclamo si tiene algún problema con nosotros o con uno de nuestros proveedores de la red, que no esté relacionado con la cobertura de un producto de servicio. Si su problema está relacionado con la calidad de la atención, también tiene derecho a iniciar un reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. Consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para ver la información de contacto de la Organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés).

Como miembro del plan CCHP Senior Program (HMO SNP), usted tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura, la cual incluye el derecho a presentar una apelación si le denegamos la cobertura de un producto o servicio, y el derecho a presentar un reclamo. Tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura de la organización si desea que le proporcionemos o le paguemos un producto o servicio que usted considera que debería estar cubierto. Si le negamos la cobertura del producto o servicio solicitado, usted tiene derecho a apelar y a solicitarnos que examinemos nuestra decisión. Puede solicitarnos una excepción si considera que necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos cubiertos o que debería obtener un medicamento no preferido a un costo menor que paga de su bolsillo. También puede solicitar una excepción a las normas de utilización de costos, como un límite en la cantidad de un medicamento. Si considera que necesita una excepción, debe comunicarse con nosotros antes de intentar obtener su medicamento con receta en la farmacia. Su médico debe proporcionar una declaración que respalde su solicitud de excepción. Si le negamos la cobertura de sus medicamentos con receta, usted tiene derecho a presentar una apelación y solicitarnos que examinemos nuestra decisión. Por último, usted goza del derecho de iniciar un reclamo si tiene cualquier clase de problema, con nosotros o con alguna de las farmacias de nuestra red, que no esté relacionado con la cobertura de un medicamento con receta. Si su problema está relacionado con la calidad de la atención, también tiene derecho a iniciar un reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. Consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para ver la información de contacto de QIO.

¿Qué es un Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM)?

El Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM, por sus siglas en inglés) es un servicio gratis que ofrecemos. Es posible que se lo inviten a participar en un programa diseñado para sus necesidades de farmacia y salud específicas. Usted puede decidir no participar, pero se recomienda que si resulta elegido, aproveche al máximo este servicio cubierto. Comuníquese con CCHP Senior Select Program (HMO SNP) para obtener más detalles.

¿Qué tipos de medicamentos pueden tener la cobertura de la Parte B de Medicare?

Algunos medicamentos con receta para pacientes externos pueden estar cubiertos por la Parte B de Medicare. Pueden incluirse, de manera no taxativa, los siguientes tipos de medicamentos. Comuníquese con CCHP Senior Select Program (HMO SNP) para obtener más detalles.

- **Algunos antígenos:** si están preparados por un médico y administrados por una persona debidamente capacitada (que podría ser el paciente) bajo la supervisión de un médico.
- **Medicamentos para la osteoporosis:** medicamentos inyectables para la osteoporosis para determinadas mujeres con Medicare.
- **Eritropoyetina (epoetina alfa o Epogen®):** por inyección, si padece enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- **Factores de coagulación para hemofilia:** factores de coagulación autoadministrados si tiene hemofilia.
- **Medicamentos inyectables:** la mayoría de los medicamentos inyectables administrados como parte del servicio de un médico.
- **Medicamentos inmunosupresores:** tratamiento con medicamentos inmunosupresores para pacientes trasplantados si el trasplante fue pagado por Medicare, o por un seguro privado como pagador principal de la cobertura de la Parte A de Medicare, en un centro certificado por Medicare.
- **Algunos medicamentos orales contra el cáncer:** si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable.
- **Medicamentos orales contra las náuseas:** si usted está bajo un régimen de quimioterapia contra el cáncer.
- **Medicamentos de infusión o inhalación proporcionados a través de DME.**

¿Dónde puedo obtener información acerca de las clasificaciones del plan?

El programa Medicare califica qué tan bien los planes prestan servicio en diferentes categorías (por ejemplo, en la detección y prevención de enfermedades, las calificaciones de pacientes y el servicio al cliente). Si tiene acceso a Internet, puede utilizar las herramientas de la web en www.medicare.gov y seleccionar "Health and Drug Plans" (Planes de salud y medicamentos) y luego "Compare Drug and Health Plans" (Comparar planes de medicamentos y de salud) para comparar las calificaciones del plan para los planes Medicare en su área. También puede llamarnos directamente para obtener una copia de las calificaciones del plan para este plan específico. Nuestro número del servicio de atención al cliente se enumera al final.

Comuníquese con Chinese Community Health Plan para obtener más información sobre CCHP Senior Select Program (HMO SNP).

Visítenos en www.cchphmo.com o llámenos:

Horario del Servicio al Cliente:

Domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes y sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico.

Los miembros actuales y los miembros potenciales pueden llamar sin cargo al (888) 775-7888 si tienen preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage. (TTY/TDD (877) 681-8898).

Los miembros actuales pueden llamar dentro del área al (415) 834-2118 si tienen preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage. (TTY/TDD (877) 681-8898).

Los miembros potenciales pueden llamar dentro del área al (415)-955-8800 si tienen preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage. (TTY/TDD (877)-681-8898)

Los miembros actuales y los miembros potenciales pueden llamar sin cargo al (888)775-7888 si tienen preguntas relacionadas con el programa de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD (877) 681-8898).

Los miembros actuales deben llamar dentro del área al (415) 834-2118 si tienen preguntas relacionadas con el programa de Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD (877) 681-8898).

Los miembros potenciales pueden llamar dentro del área al (415)-955-8800 si tienen preguntas relacionadas con el programa de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD (877)-681-8898)

Para obtener más información sobre Medicare, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O visite el sitio web www.medicare.gov.

Este documento puede estar disponible en otros formatos como, por ejemplo, Braille, en letra grande u otros formatos alternativos.

Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea el inglés. Para obtener más información, llame al servicio de atención al cliente a los números de teléfono que aparecen anteriormente.

此資料設有中文，西班牙文，放大字體及其他版本。如有需要，請致電會員服務部索取有關資料。

Sección II: Resumen de beneficios.

Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con Chinese Community Health Plan para obtener más detalles.

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
<p>1 - Prima y otra información importante</p>	<p>El monto correspondiente al costo compartido de Medicare puede variar en función de su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>En 2011, la prima mensual de la Parte B de Medicare era de \$0 o \$96.40 y es posible que cambie en 2012. El monto del deducible anual de la Parte B de Medicare era de \$0 o \$162 y es posible que cambie en 2012. +</p> <p>Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos por lo general son mayores, lo que significa que usted paga más.</p>	<p>General <i>+ Dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid, usted puede no tener responsabilidad alguna del costo compartido para los servicios de Original Medicare.</i></p> <p><i>++ Consulte con su plan acerca de los costos compartidos cuando recibe servicios de proveedores fuera de la red.</i></p> <p>Prima mensual del plan de \$0, además de la prima mensual de la Parte B de Medicare.+</p> <p>Dentro de la red Límite de gastos que paga de su bolsillo de \$3,400.</p> <p>Se incluyen todos los servicios del plan.+</p>
<p>2 - Elección de hospital y médico (Para obtener más información, consulte Emergencia - N° 15 y Atención de Urgencia - N° 16.)</p>	<p>Usted puede ir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted debe ir a los médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se requiere remisión para hospitales y especialistas de la red (para ciertos beneficios).</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
RESUMEN DE BENEFICIOS		
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
<p>3 - Atención para pacientes hospitalizados (Incluye servicios por abuso de sustancias tóxicas y servicios de rehabilitación)</p>	<p>En 2011, los montos para cada período de beneficios fueron \$0 o: Días 1 a 60: deducible de \$1132+ Días 61 a 90: \$283 por día+ Días 91 a 150: \$566 por día de reserva de por vida+</p> <p>Estos montos pueden cambiar en 2012.</p> <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información sobre los días de reserva de por vida.</p> <p>Los días de reserva de por vida sólo se pueden utilizar una vez.</p> <p>Un “período de beneficios” comienza el día en que usted ingresa al hospital o centro de atención de enfermería especializada Termina cuando se cumplen 60 días consecutivos sin recibir atención en un hospital o atención de enfermería especializada. Si usted ingresa al hospital después de que un período de beneficios ha finalizado, entonces comenzará un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios. No hay límites en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.</p>	<p>Dentro de la red No existen límites para el número de días cubiertos por el plan en cada período de beneficios.</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital.</p>
<p>4 – Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados</p>	<p>En 2011, los montos para cada período de beneficios fueron \$0 o: Días 1 a 60: Deducible de \$1132+ Días 61 a 90: \$283 por día+ Días 91 a 150: \$566 por día de</p>	<p>Dentro de la red Obtiene hasta 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Límite de por vida de 190 días en un</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
	<p>reserva de por vida +</p> <p>Estos montos pueden cambiar en 2012.</p> <p>Límite de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico. Los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico se tienen en cuenta para los 190 días de límite por vida solamente si se cumplen determinadas condiciones. Este límite no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados en un hospital general</p>	<p>hospital psiquiátrico. Los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico se tienen en cuenta para los 190 días de límite por vida solamente si se cumplen determinadas condiciones. Este límite no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados en un hospital general</p> <p>Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital.</p>
<p>5 - Centro de atención de enfermería especializada (SNF) (en un centro de atención de enfermería especializada certificado por Medicare)</p>	<p>En 2011 los montos para cada período de beneficios después de una estadía mínima de 3 días cubierta en un hospital eran:</p> <p>Días 1 a 20: \$0 por día+ Días 21 a 100: \$0 o \$141.50 por día+</p> <p>Estos montos cambiarán en 2012.</p> <p>100 días por cada período de beneficios.</p> <p>Un “período de beneficios” comienza el día en que usted ingresa al hospital o centro de atención de enfermería especializada Termina cuando se cumplen 60 días consecutivos sin recibir atención en un hospital o atención de enfermería especializada. Si usted ingresa al hospital después de que un período de beneficios ha finalizado, entonces comenzará un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios. No hay límites en cuanto a la cantidad de períodos</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficio.</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de los centro de atención de enfermería especializada.</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
	de beneficios que puede tener.	
6 – Atención médica a domicilio (incluye atención intermitente de enfermería especializada médicamente necesaria, servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar, servicios de rehabilitación, etc.)	Copago de \$0.	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para consultas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.+</p>
ATENCIÓN PARA PACIENTES EXTERNOS		
7 - Hospicio	<p>Usted paga parte del costo de los medicamentos para pacientes externos y es posible que pague parte del costo de los cuidados paliativos para pacientes hospitalizados.</p> <p>Debe recibir la atención en un hospicio certificado por Medicare.</p>	<p>General Debe recibir la atención en un hospicio certificado por Medicare. Su plan pagará por su visita de consulta antes que usted elija un hospicio.</p>
8 – Consultas en el consultorio médico	Coseguro del 0% o 20%	<p>Dentro de la red Copago de \$0 por cada consulta a un médico de atención primaria para recibir los beneficios que cubre Medicare.+</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta con un especialista para los beneficios que cubre Medicare.+</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
<p>9 - Servicios de quiropráctica</p>	<p>No se cubre la atención de rutina suplementaria</p> <p>Coseguro del 0% o 20% para manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (desplazamiento o falta de alineación de una articulación o parte del cuerpo) si la recibe de un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 consultas de quiropráctica que cubre Medicare.+</p> <p>Las consultas de quiropráctica que cubre Medicare son para manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (desplazamiento o falta de alineación de una articulación o parte del cuerpo) si la recibe de un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>
<p>10 - Servicios de podiatría</p>	<p>No se cubre la atención de rutina suplementaria</p> <p>Coseguro del 0% o 20% para el cuidado médicamente necesario de los pies, incluida la atención de afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para los beneficios de podiatría que cubre Medicare.+</p> <p>Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies.</p>
<p>11 – Atención psiquiátrica para pacientes externos</p>	<p>Coseguro del 0% o 40% para la mayoría de los servicios psiquiátricos para pacientes externos.</p> <p>Coseguro del 0% o 40% del monto aprobado por Medicare por cada servicio recibido de un profesional calificado como parte de “El programa de hospitalización parcial.”</p> <p>“El programa de hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico de pacientes externos activo que es más</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para consultas psiquiátricas cubiertas por Medicare.+</p> <p>Copago de \$0 por servicios de programas parciales de hospitalización cubiertos por Medicare+</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
	intenso que el cuidado recibido en el consultorio del doctor o terapeuta y es una manera de hospitalización alternativa para los pacientes.	
12 – Atención por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos	Coseguro del 0% o 20%	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para consultas que cubre Medicare.+</p>
13 – Cirugía/Servicios para pacientes externos	<p>Coseguro de 0% o 20% para el médico</p> <p>Copago especificado para gastos del centro hospitalario para pacientes externos. El copago no puede exceder el deducible para paciente hospitalizado de la Parte A.</p> <p>Copago del 0% o 20% para los gastos del centro quirúrgico para pacientes externos.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 por cada consulta a un centro quirúrgico ambulatorio que cubre Medicare.+</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta a un centro hospitalario para pacientes externos que cubre Medicare.+</p>
14 – Servicios de ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Coseguro del 0% o 20%	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.+</p>
15 – Atención de emergencia (Usted puede asistir a una sala de emergencias si, en forma razonable, cree que necesita atención de emergencia).	<p>Coseguro de 0% o 20% para el médico</p> <p>Copago especificado para gastos de sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés) en hospitales para pacientes externos.</p> <p>El copago de los servicios de emergencia no puede superar el</p>	<p>General Copago de \$0 para consultas a salas de emergencias cubiertas por Medicare.+</p> <p>Cobertura mundial.</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
	<p>deducible para pacientes hospitalizados de la Parte A.</p> <p>No tiene que pagar el copago de la sala de emergencias si ingresa al hospital por la misma afección dentro de los 3 días de la consulta en la sala de emergencias.</p> <p>NO se cubre fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas.</p>	
<p>16 – Atención de urgencia (Esto NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicios).</p>	<p>Coseguro de 0% o 20%</p> <p>NO se cubre fuera de los EE. UU. excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p>General Copago de \$0 en consultas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.+</p>
<p>17 – Servicios de rehabilitación para pacientes externos (Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje)</p>	<p>Coseguro del 0% o 20%</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 en consultas de terapia ocupacional que cubre Medicare.+</p> <p>Copago de \$0 para consultas de fisioterapia, y/o terapia del lenguaje y del habla que cubre Medicare.+</p>
SUMINISTROS Y SERVICIOS MÉDICOS PARA PACIENTES EXTERNOS		
<p>18 – Equipo médico duradero (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</p>	<p>Coseguro del 0% o 20%</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para productos cubiertos por Medicare.+</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
<p>19 – Dispositivos protésicos (incluye aparatos ortopédicos, prótesis para miembros y oculares, etc.).</p>	<p>Coseguro del 0% o 20%</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para productos cubiertos por Medicare.+</p>
<p>20 – Suministros y programas para la diabetes</p>	<p>Coseguro del 0 o 20% para la capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Coseguro del 0% o 20% para insumos para la diabetes</p> <p>Coseguro del 0% o 20% para zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para la capacitación para el autocontrol de la diabetes.+</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insumos de monitoreo para la diabetes - Zapatos o plantillas terapéuticas
<p>21 – Exámenes de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</p>	<p>Coseguro del 0% o 20% para exámenes de diagnóstico y radiografías</p> <p>Copago de \$0 para servicios de laboratorio que cubre Medicare</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre los servicios de laboratorio de diagnóstico médicamente necesarios indicados por el médico que le atiende cuando los proporciona un laboratorio certificado según las reformas federales de mejora de los laboratorios clínicos (CLIA, por sus siglas en inglés) que participa en Medicare. Los servicios de laboratorio de diagnóstico se proveen para ayudar a su médico a diagnosticar o descartar una enfermedad o afección sospechadas. Medicare no cubre el costo de la mayoría de las pruebas de detección de rutina, como el control de colesterol.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de laboratorio.+ - Procedimientos y análisis de diagnóstico.+ - Radiografías.+ - Servicios radiológicos de diagnóstico (no se incluyen radiografías).+ - Servicios radiológicos terapéuticos.+

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
<p>22 - Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca</p>	<p>Coseguro del 0% o 20% para los servicios de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Coseguro del 0% o 20% para los servicios de rehabilitación pulmonar.</p> <p>Coseguro del 0% o 20% para los servicios intensivos de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Esto se aplica a los servicios del programa proporcionados en el consultorio del médico. Costos compartidos específicos para los servicios del programa proporcionados por departamentos para pacientes externos de un hospital.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare+ - Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.+ - Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.+
SERVICIOS PREVENTIVOS		
<p>23 – Servicios preventivos y programas educativos sobre bienestar</p>	<p>Sin coseguro, copago ni deducible para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal - Medición de la masa ósea Se cubre una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es médicamente necesario) si reúne ciertas afecciones médicas. - Prueba de detección cardiovascular - Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Se cubren una vez cada 2 años. Se cubren una vez al año para las mujeres que tienen Medicare y de alto riesgo. - Prueba de detección de cáncer colorrectal 	<p>General Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare a costo compartido cero:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal - Medición de la masa ósea - Prueba de detección cardiovascular - Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina (prueba de Papanicolaou y examen pélvico) - Prueba de detección de cáncer colorrectal - Prueba de detección de diabetes - Vacuna contra la gripe

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
	<ul style="list-style-type: none"> - Prueba de detección de diabetes - Vacuna contra la gripe - Vacuna contra la hepatitis B para las personas con Medicare, de alto riesgo - Prueba de detección de VIH <p>Copago de \$0 para la detección de VIH, pero generalmente se paga un 20% del monto aprobado por Medicare de la consulta del médico.</p> <p>La detección de VIH está cubierta para personas embarazadas o personas con mayor riesgo de infección que tienen Medicare, incluso cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) - Medicare cubre las mamografías de control una vez cada 12 meses para todas las mujeres de 40 años o más que tienen Medicare. Medicare cubre una mamografía inicial para las mujeres entre 35 y 39 años. - Servicios de terapia médica nutricional <p>El tratamiento nutricional es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal (pero no se someten a diálisis ni han recibido un trasplante de riñón) con la remisión de un médico. Estos servicios pueden</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vacuna contra la hepatitis B - Prueba de detección de VIH - Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) - Terapia médica nutricional - Servicios personalizados del plan de prevención (consultas anuales de bienestar) - Vacuna contra el neumococo - Prueba de detección de cáncer de próstata (análisis del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) únicamente) - Programa para dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar) - Examen físico "Bienvenido a Medicare" (examen físico inicial preventivo) - La detección de VIH está cubierta para personas embarazadas o personas con mayor riesgo de infección que tienen Medicare, incluida cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un embarazo. Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles. <p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los siguientes programas educativos</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
	<p>ser brindados por un nutricionista certificado y pueden incluir una evaluación y un asesoramiento nutricional para ayudarlo a controlar la diabetes o enfermedad renal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios personalizados del plan de prevención (consultas anuales de bienestar) - Vacuna contra el neumococo Es posible que sólo necesite aplicarse la vacuna contra la neumonía una vez en la vida. Comuníquese con su médico para obtener más información. - Prueba de detección de cáncer de próstata <p>Análisis del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) únicamente Se cubre una vez al año para todos los hombres mayores de 50 años que tienen Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa para dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar) <p>Cubierto con indicación médica. Incluye dos tentativas de orientación dentro de un período de 12 meses. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen físico "Bienvenido a Medicare" (examen físico inicial preventivo). <p>Cuando se inscribe en la Parte B de Medicare, usted reunirá los requisitos para recibir los siguientes beneficios.</p>	<p>complementarios sobre bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Materiales educativos impresos sobre la salud, que incluyen boletines informativos - Beneficios nutricionales - Sesiones adicionales para dejar de fumar - Clases de acondicionamiento físico y membresía del gimnasio - Línea directa de enfermería

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
	<p>Durante los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B, puede obtener un examen "Bienvenido a Medicare" o una consulta de bienestar anual. Después de los primeros 12 meses, puede realizar una consulta de bienestar anual cada 12 meses.</p>	
<p>24 - Enfermedad renal y afecciones</p>	<p>Coseguro del 20% para diálisis renal.</p> <p>Coseguro del 20% para servicios educativos sobre enfermedad renal</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para diálisis renal+</p> <p>Copago de \$0 para servicios educativos sobre enfermedad renal+</p>
<p>25 – Medicamentos con receta para pacientes externos</p>	<p>La mayoría de los medicamentos no están cubiertos por Original Medicare. Puede agregar la cobertura para medicamentos con receta a Original Medicare afiliándose a un plan de medicamentos con receta de Medicare o puede obtener toda la cobertura de Medicare, incluida la cobertura para medicamentos con receta, afiliándose a un plan Medicare Advantage o un plan de Costos de Medicare que ofrece cobertura para medicamentos con receta.</p>	<p>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</p> <p>General Copago de \$0 por los medicamentos cubiertos de la Parte B.</p> <p>Deducible anual de \$0 para los medicamentos cubiertos por la Parte B.+</p> <p>Copago de \$0 para los medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.+</p> <p>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare</p> <p>General Este plan utiliza un formulario. El plan le enviará el formulario. También puede acceder al formulario en el sitio web en www.cchphmo.com/drugbenefitseniorprogram.html.</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
<p>25 – Medicamentos con receta (continuación)</p>		<p>Pueden aplicarse costos diferentes que paga de su bolsillo para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tengan ingresos limitados, - vivan en centros de atención a largo plazo, o - tengan acceso a centros indígenas/tribales/urbanos (servicios de salud para indígenas). <p>El plan ofrece cobertura nacional de medicamentos con receta dentro de la red (es decir, incluidos los 50 estados y DC). Esto significa que usted pagará el mismo monto de costo compartido por sus medicamentos con receta si los obtiene en una farmacia dentro de la red fuera del área de servicio del plan (por ejemplo cuando viaja).</p> <p>El costo total anual de los medicamentos es el costo total de los medicamentos pagado por usted, el plan y Medicare.</p> <p>El plan puede solicitarle que pruebe primero un medicamento para tratar su enfermedad antes de cubrir otro medicamento para esa enfermedad.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Su proveedor debe obtener la autorización previa de CCHP Senior Select Program (HMO SNP) para determinados medicamentos.</p> <p>Debe acudir a ciertas farmacias para obtener un número muy limitado de medicamentos, debido a manejos especiales, coordinación de</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
<p>25 – Medicamentos con receta (continuación)</p>		<p>proveedores o requisitos de instrucción de pacientes, que la mayoría de las farmacias de su red no pueden cumplir. Estos medicamentos figuran en el sitio web del plan, el formulario y los materiales impresos, como así también en el buscador del plan de medicamentos con receta de Medicare en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo real de un medicamento es menor que el monto normal del costo compartido para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto más alto del costo compartido.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un deducible anual de \$0.</p> <p>Cobertura inicial Dependiendo de cuál sea su ingreso y su situación institucional, usted paga las siguientes cifras:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> - un copago de \$0, o - un copago de \$1.10, o - un copago de \$2.60. <p>Para todos los demás medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un copago de \$0, o - un copago de \$3.30, o - un copago de \$6.50. <p>Farmacia minorista Usted puede obtener medicamentos del siguiente modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suministro para un mes (30 días).

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
<p>29 – Medicamentos con receta (continuación)</p>		<p>- Suministro para tres meses (90 días).</p> <p>Farmacia de un centro de atención a largo plazo Usted puede obtener medicamentos del siguiente modo: - Suministro para un mes (31 días).</p> <p>Pedidos por correo Usted puede obtener medicamentos del siguiente modo: - Suministro para tres meses (90 días).</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas Una vez que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo lleguen a \$4,700, usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red Los medicamentos del plan pueden tener cobertura en circunstancias especiales, por ejemplo, en caso de enfermedad cuando viaja fuera del área de servicio del plan donde no hay una farmacia de la red. Es posible que tenga que pagar un costo superior al monto del costo compartido normal si obtiene medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, probablemente tenga que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y luego presentar la documentación correspondiente para recibir un reembolso de CCHP Senior Select Program (HMO SNP).</p> <p>Usted puede obtener medicamentos del siguiente modo: - Suministro para un mes (30 días).</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
<p>25 – Medicamentos con receta (continuación)</p>		<p>Cobertura inicial fuera de la red Según cuál sea su ingreso y su situación institucional, CCHP Senior Select Program (HMO SNP) le reembolsará hasta el costo total del medicamento, menos lo siguiente:</p> <p>Para los medicamentos genéricos comprados fuera de la red (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> - un copago de \$0, o - un copago de \$1.10, o - un copago de \$2.60. <p>Para todos los demás medicamentos comprados fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un copago de \$0, o - un copago de \$3.30, o - un copago de \$6.50. <p>Cobertura en situaciones catastróficas fuera de la red Una vez que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo lleguen a \$4,700, se le reembolsará el total de los medicamentos comprados fuera de la red.</p>
<p>26 – Servicios odontológicos</p>	<p>No se cubren los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas).</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para los beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.+</p> <ul style="list-style-type: none"> -Copago de \$0 a \$12 para los exámenes odontológicos -Copago de \$4 a \$23, máximo 2 limpiezas por cada año

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
		<p>-Copago de \$0, máximo 1 servicio de rayos X odontológico por cada año</p> <p>Beneficios odontológicos adicionales están disponibles.</p>
<p>27 – Servicios auditivos</p>	<p>No se cubren los exámenes suplementarios auditivos de rutina y los audífonos.</p> <p>Coseguro del 0% o 20% para exámenes auditivos de diagnóstico.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red No se cubren los audífonos. Copago de \$0.</p> <ul style="list-style-type: none"> - para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. + - para exámenes auditivos de rutina.
<p>28– Servicios oftalmológicos</p>	<p>Coseguro del 0% o 20% para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares.</p> <p>No se cubren los exámenes oftalmológicos de rutina y los anteojos.</p> <p>Medicare cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Se cubre un examen anual de glaucoma para personas que se encuentran en riesgo.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista +</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.+ - Un par de anteojos cada dos años como máximo.
<p>Productos de venta libre</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>General</p> <ul style="list-style-type: none"> - El plan no cubre todos los medicamentos de venta libre.

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
Transporte (Rutina)	Sin cobertura.	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para un máximo de 36 viajes de ida o de vuelta, por año, a lugares aprobados por el plan.</p>
Acupuntura	Sin cobertura.	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0.</p>

Sección III: Información importante del plan

Nota importante acerca de la prima del plan

Para poder inscribirse en CCHP Senior Select Program (HMO SNP), debe tener los beneficios de Medicare y los beneficios completos de Medi-Cal. Ya que usted posee los beneficios completos de Medi-Cal, automáticamente reúne los requisitos para obtener ayuda adicional para su beneficio de medicamentos con receta. Esto significa que pagará una prima mensual del plan de \$0 para 2012. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de Medicare o Medi-Cal, puede comunicarse con su Coordinador de atención personal o con del Departamento del Servicio para los miembros de CCHP.

CCHP Senior Select Program (HMO SNP)

¿Qué es CCHP Senior Select Program (HMO SNP)? Es un paquete de beneficios diseñado para los beneficiarios de Medicare que también cuentan con la cobertura de Medi-Cal. Podemos ofrecer este programa especial porque las leyes de Medicare permiten ahora que los planes de salud, como CCHP, ofrezcan este tipo de programa. Medicare llama a este tipo de programa un "plan de necesidades especiales", lo que para nosotros significa que una persona debe tener tanto Medicare como Medi-Cal. Es diferente del programa CCHP Senior porque no hay copagos para muchos servicios y copagos muy bajos para los medicamentos con receta.

Además, tenemos beneficios adicionales para CCHP Senior Select Program (HMO SNP).

Para los miembros de CCHP Senior Select Program (HMO SNP), hay un Coordinador de atención personal disponible sin costo alguno para usted, para ayudarlo a obtener la atención y servicios que usted necesita. El Coordinador de atención personal lo ayudará:

- Si tiene alguna pregunta sobre cómo obtener los servicios.
- Si tiene alguna pregunta sobre una enfermedad.
- Si tiene alguna pregunta sobre los medicamentos que toma.
- Si necesita ayuda con el transporte hasta su médico de atención primaria o especialista, u otros lugares aprobados por el plan.
- Si necesita ayuda con sus facturas médicas y no médicas.

También contamos con beneficios anuales de transporte que le permiten hasta 36 viajes de ida o vuelta desde los lugares aprobados por el plan por año. Estos viajes deben ser por motivos médicos y se le proporcionará este servicio sin costo alguno. Los arreglos para este servicio de transporte deben hacerse a través de su Coordinador de atención personal.

Chinese Community Health Plan

Chinese Community Health Plan ("CCHP") es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) que tiene un contrato con Medicare. CCHP fue fundado en 1986 en San Francisco por la Chinese Hospital Association. Al ser una organización para el mantenimiento de la salud, nuestro objetivo es brindarle tranquilidad en lo que respecta a su cobertura de atención

médica. Nosotros lo tenemos todo cubierto, desde los chequeos de rutina y los servicios preventivos, hasta la atención crítica.

CCHP tiene un contrato con la Asociación de Atención de la Salud de la Comunidad China (nuestro "grupo médico") para brindar atención médica. Se trata de una organización de más de 160 médicos que brindan atención a la comunidad china de San Francisco. Estos médicos incluyen médicos de atención primaria y una amplia gama de médicos especialistas. Para la atención hospitalaria, nuestros médicos utilizan el Chinese Hospital, un hospital sin fines de lucro que brinda atención para pacientes agudos y ha prestado servicios a la comunidad china durante más de 80 años. El Chinese Hospital tiene una amplia gama de servicios especiales bilingües, como cuidados intensivos, cirugía en el día, servicios para pacientes externos, educación sobre la salud, y un servicio de nutrición china para satisfacer sus necesidades. Además, contamos con otros tres hospitales participantes: St. Francis Memorial Hospital, California Pacific Medical Center y St. Mary's Medical Center.

Los miembros de CCHP eligen su propio médico de atención primaria de entre los médicos de nuestro grupo médico, que figuran en nuestro Directorio de proveedores. Con la amplia selección de médicos y ubicaciones de los consultorios, es sencillo encontrar el médico adecuado para usted y cada miembro de su familia. Cada médico se encuentra afiliado a uno o más de los excelentes hospitales que participan en CCHP.

CCHP continúa la tradición de calidad y confianza que comenzó el Chinese Hospital hace más de 80 años. Con CCHP puede estar seguro de que, sin importar dónde viva dentro de nuestra área de servicio, tendrá la calidad de atención y la cobertura integral que CCHP ha estado ofreciendo durante muchos años.

Beneficio de medicamentos con receta para pacientes externos

Desde el 1ro de enero de 2006, una nueva cobertura para medicamentos con receta de Medicare se encuentra disponible para todas las personas con Medicare. CCHP Senior Select Program (HMO SNP) incluye esta cobertura. Como miembro de CCHP Senior Select Program (HMO SNP), usted automáticamente tiene cobertura para medicamentos con receta de Medicare a través de CCHP Senior Select Program (HMO SNP).

Como miembro de CCHP, generalmente deberá ir a una farmacia de la red o a un centro de pedidos por correo para obtener los medicamentos. Nos complace informarle que contamos con más de 100 farmacias de nuestra red en San Francisco.

Su cobertura para medicamentos con receta y sus copagos se encuentran enumerados en la tabla de beneficios que figura anteriormente.

En 2012, CCHP Senior Select Program (HMO SNP) utilizará un formulario. Un formulario es una lista de medicamentos preferidos, seleccionados para satisfacer las necesidades de los miembros a un costo menor. Si el formulario cambia durante el transcurso del año, se le notificará por escrito, antes de que el cambio se produzca. Los medicamentos se clasifican en genéricos y de marca. Los medicamentos genéricos se producen y se venden bajo su nombre químico, mientras que los

medicamentos de marca se producen y se venden bajo el nombre de la marca del fabricante original. Aunque los medicamentos genéricos cuestan menos, son similares a los medicamentos de marca en términos de calidad y eficacia. Algunos medicamentos de marca tienen un equivalente genérico y otros no. CCHP posee una lista de medicamentos de marca del formulario.

Si su médico le extiende una receta para un medicamento de marca cuando se encuentra disponible un medicamento genérico, se le entregará el medicamento genérico; si usted opta por comprar el correspondiente medicamento de marca, usted debe pagar el copago para el medicamento de marca. Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirle al plan que haga una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De modo similar que con otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión. Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar la receta tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud.

Algunos medicamentos requieren una autorización previa de CCHP. Este es el caso, por ejemplo, si el medicamento está cubierto por un protocolo clínico denominado "terapia escalonada", el cual CCHP administra para un número reducido de afecciones médicas crónicas. Con este programa, se alienta a los médicos y miembros a utilizar medicamentos para terapias de primera línea, que son clínicamente apropiadas y pueden incluir medicamentos de menor costo. Si el medicamento de la terapia de primera línea no produce los resultados deseados por el miembro y el médico, se encuentran disponibles los medicamentos para las terapias de segunda línea. Si el médico considera que usted debería recibir un medicamento de una terapia de segunda línea sin probar primero una terapia de primera línea, es posible que necesite la autorización previa de CCHP.

Recuerde que si tiene preguntas acerca de nuestro programa CCHP Senior Select Program (HMO SNP) para 2012, puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de CCHP al 415-834-2118 (chino e inglés) o sin cargo al 1-888-775-7888, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a domingo (o TTY 1-877-681-8898 para las problemas auditivos).

Resumen de Beneficios

Sección IV: Medi-Cal

Las tablas de esta sección muestran los beneficios que Medi-Cal les ofrece a los beneficiarios elegibles. Para cada beneficio, puede ver los que Original Medi-Cal (Medi-Cal solo) cubre y lo que nuestro plan cubre. Es posible que no reúna los requisitos para todos los beneficios de Medi-Cal enumerados. Si califica para un beneficio de Medi-Cal que CCHP Senior Select Program (HMO SNP) no ofrece, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para los Miembros. Es posible que podamos ayudarlo a encontrar el proveedor adecuado y a coordinar el beneficio para usted. Consulte la sección II de este Resumen de beneficios para obtener más información acerca de los beneficios que recibirá como parte de CCHP Senior Select Program (HMO SNP).

Todos los miembros que reúnen los requisitos para los beneficios completos de Medi-Cal reciben los siguientes servicios de Medi-Cal y el plan de salud:

Estado de California Programa Medi-Cal Beneficios cubiertos para beneficiarios con doble elegibilidad (Medicare y Medi-Cal)		
Categoría de beneficio	Medi-Cal	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
1 – Servicios para pacientes hospitalizados	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>Dentro de la red Copago de \$0.</p> <p>No existen límites para el número de días cubiertos por el plan en cada período de beneficios.</p> <p>Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital.</p>
2 – Servicios hospitalarios para pacientes externos	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 por cada consulta al centro quirúrgico para pacientes externos cubierta por Medi-Cal.</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta a un centro hospitalario para pacientes externos cubierta por Medi-Cal.</p>
3 – Servicios clínicos de salud	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.

rurales		
4 – Servicios de centros de salud calificados por el gobierno federal	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.
5 – Servicios de laboratorio	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medi-Cal: - Servicios de laboratorio. - Procedimientos y análisis de diagnóstico.</p>
6 – Radiografías	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medi-Cal: - Radiografías. - Servicios radiológicos de diagnóstico (no se incluyen radiografías). - Servicios radiológicos terapéuticos.</p>
7 – Servicios en un centro de atención de enfermería especializada para mayores de 21 años: cuidados subagudos	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 por servicios de los centro de atención de enfermería especializada.</p> <p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficio.</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p>
8 – Servicios y suministros de	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.

planificación familiar		
9 – Servicios médicos	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>General Para obtener más información, consulte la sección “Bienvenida a Medicare y Consulta anual de bienestar”.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 por cada consulta con un médico cubierta por Medi-Cal para recibir los beneficios que cubre Medi-Cal.</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta con un especialista para los beneficios que cubre Medi-Cal.</p>
10 – Servicios odontológicos quirúrgicos y médicos	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 en consultas cubiertas por Medi-Cal.</p>
11 – Servicios oftalmológicos	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para beneficios oftalmológicos cubiertos por Medi-Cal.</p>
12 – Servicios de optometría	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista y exámenes oculares de rutina.</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.

		- Un par de anteojos cada dos años como máximo.
13 – Servicios de enfermeros anestesistas	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	General Es posible que se apliquen normas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.
14 – Suministros médicos (no incluye cremas para la incontinencia ni productos de jabón para el baño)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	General Es posible que se apliquen normas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para los siguientes servicios cubiertos por Medi-Cal.
15 – Equipo médico duradero	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	General Es posible que se apliquen normas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para los siguientes servicios cubiertos por Medi-Cal.
16 – Audífonos	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.
17 – Fórmulas enterales	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	General Es posible que se apliquen normas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para el tratamiento nutricional para la diabetes.
18 – Servicios de parteras tituladas	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.
19 – Servicios de atención médica a domicilio a través de una agencia de atención médica a	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	General Es posible que se apliquen normas de autorización. Dentro de la red

<p>domicilio (incluye los servicios de enfermería y auxiliar de atención médica a domicilio, fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y servicios audiológicos, enfermería intermitente, atención de auxiliar médico a domicilio, suministros, equipos y aparatos médicos).</p>		<p>Copago de \$0 para consultas de atención médica a domicilio cubiertas por Medi-Cal.</p>
<p>20 – Fisioterapia y servicios relacionados</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 en consultas de fisioterapia cubiertas por Medi-Cal.</p>
<p>21 – Centros de rehabilitación</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 en consultas cubiertas por Medi-Cal.</p>
<p>22 – Clínica (clínica organizada para pacientes externos, servicios de salud para la población india, centros alternativos de maternidad, centros quirúrgicos para pacientes externos)</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.</p>
<p>23 – Terapia ocupacional</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas</p>

		<p>de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 en consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medi-Cal.</p>
<p>24 – Servicios farmacéuticos y medicamentos con receta</p>	<p>Copago de \$0 para medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D de Medi-Cal.</p>	<p>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</p> <p>General Copago de \$0 por los medicamentos cubiertos de la Parte B.</p> <p>Deducible anual de \$0 para los medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <p>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare</p> <p>General Este plan utiliza un formulario. El plan le enviará el formulario. También puede acceder al formulario en el sitio web en www.cchphmo.com/drugbenefitseniorprogram.html.</p> <p>Pueden aplicarse costos diferentes que paga de su bolsillo para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tengan ingresos limitados; - vivan en centros de atención a largo plazo; o - tengan acceso a centros indígenas/tribales/urbanos (servicios de salud para indígenas). <p>El plan ofrece cobertura nacional de medicamentos con receta dentro de la red (es decir, incluidos los 50 estados y DC). Esto significa que usted pagará el mismo monto de costo compartido por sus</p>

<p>24 – Servicios farmacéuticos y medicamentos con receta (cont.)</p>		<p>medicamentos con receta si los obtiene en una farmacia dentro de la red fuera del área de servicio del plan (por ejemplo cuando viaja).</p> <p>El costo total anual de los medicamentos es el costo total de los medicamentos pagado por usted, el plan y Medicare.</p> <p>El plan puede solicitarle que pruebe primero un medicamento para tratar su enfermedad antes de cubrir otro medicamento para esa enfermedad.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Su proveedor debe obtener la autorización previa de CCHP Senior Select Program (HMO SNP) para determinados medicamentos.</p> <p>Si el costo real de un medicamento es menor que el monto normal del costo compartido para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto más alto del costo compartido.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un deducible anual de \$0.</p> <p>Cobertura inicial Dependiendo de cuál sea su ingreso y su situación institucional, usted paga las siguientes cifras:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> - un copago de \$0, o - un copago de \$1.10, o - un copago de \$2.60.
--	--	--

<p>24 – Servicios farmacéuticos y medicamentos con receta (cont.)</p>		<p>Para todos los demás medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un copago de \$0, o - un copago de \$3.30, o - un copago de \$6.50. <p>Farmacia minorista Usted puede obtener medicamentos del siguiente modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suministro para un mes (30 días). - Suministro para tres meses (90 días). <p>Farmacia de un centro de atención a largo plazo Usted puede obtener medicamentos del siguiente modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suministro para un mes (31 días). <p>Pedidos por correo Usted puede obtener medicamentos del siguiente modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suministro para tres meses (90 días). <p>Cobertura en situaciones catastróficas Una vez que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo lleguen a \$4,700, usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red Los medicamentos del plan pueden tener cobertura en circunstancias especiales, por ejemplo, en caso de enfermedad cuando viaja fuera del área de servicio del plan donde no hay una farmacia de la red. Es posible que tenga que pagar un costo superior al monto del costo compartido normal si obtiene medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, probablemente tenga que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y luego presentar la documentación</p>
--	--	--

<p>24 – Servicios farmacéuticos y medicamentos con receta (cont.)</p>		<p>correspondiente para recibir un reembolso de CCHP Senior Select Program (HMO SNP).</p> <p>Usted puede obtener medicamentos del siguiente modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suministro para un mes (30 días). <p>Cobertura inicial fuera de la red Según cuál sea su ingreso y su situación institucional, CCHP Senior Select Program (HMO SNP) le reembolsará hasta el costo total del medicamento, menos lo siguiente:</p> <p>Para los medicamentos genéricos comprados fuera de la red (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> - un copago de \$0, o - un copago de \$1.10, o - un copago de \$260. <p>Para todos los demás medicamentos comprados fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un copago de \$0, o - un copago de \$3.30, o - un copago de \$6.50. <p>Cobertura en situaciones catastróficas fuera de la red Una vez que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo lleguen a \$4,700, se le reembolsará el total de los medicamentos comprados fuera de la red.</p>
<p>25 – Aparatos protésicos (aparatos ortóticos) ojos protésicos</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para los siguientes servicios cubiertos por Medi-Cal.</p>

<p>26 – Programa de servicios perinatales integrales (servicios preventivos)</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.</p>	<p>Sin cobertura.</p>
<p>27 – Atención médica diurna para adultos</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.</p>	<p>Sin cobertura.</p>
<p>28 – Servicios de diálisis crónico</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 en consultas cubiertas por Medi-Cal.</p>
<p>29 – Servicios de rehabilitación (trastorno por déficit de atención e hiperactividad, diálisis crónica, desintoxicación de heroína para pacientes externos, salud mental de rehabilitación, Medi-Cal de medicamentos, centros de rehabilitación independientes).</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 en consultas cubiertas por Medi-Cal.</p>
<p>30 – Institutos para enfermedades mentales (para menores de 21 años y mayores de 65, incluida la atención psiquiátrica para pacientes internados).</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 por día.</p> <p>Obtiene hasta 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital.</p>
<p>31 – Centro de atención</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.</p>	<p>Sin cobertura.</p>

intermedia		
32 – Enfermera partera	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.
33 – Hospicio	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	General Debe recibir la atención en un hospicio certificado por Medi-Cal.
34 – Servicios relacionados con la tuberculosis	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	General Es posible que se apliquen normas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para beneficios cubiertos por Medi-Cal.
35 – Atención respiratoria para pacientes que dependen de un respirador	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	General Es posible que se apliquen normas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para beneficios cubiertos por Medi-Cal.
36 – Enfermero practicante de medicina familiar	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.
37 – Hospital rural de atención primaria	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.
38 – Centros de atención sanitaria no médica	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.
39 – Servicios hospitalarios de emergencia	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	General Copago de \$0 para consultas a salas de emergencias cubiertas por Medi-Cal. Cobertura mundial.
40 – Transporte (el estado ofrece transporte médico para situaciones de	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	General Es posible que se apliquen normas de autorización.

<p>emergencia y para situaciones que no son de emergencia). Cumple con los requisitos federales para el aseguramiento del transporte hacia los servicios médicamente necesarios).</p>		<p>Dentro de la red Copago de \$0 para beneficios de ambulancia cubiertos por Medi-Cal.</p> <p>Copago de \$0 para un máximo de 36 viajes de ida o de vuelta, por año, a lugares aprobados por el plan.</p>
---	--	---

Resumen de Beneficios Sección IV: Medi-Cal

Los miembros que reúnen los requisitos para los programas de excepción de Medi-Cal o cumplen con los criterios de elegibilidad médica también pueden recibir los siguientes servicios de Medi-Cal.*

Estado de California Programa Medi-Cal Beneficios cubiertos para beneficiarios con doble elegibilidad (Medicare y Medi-Cal)		
Categoría de beneficio	Medicaid (Medi-Cal)	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
1 – Servicio de enfermería privada* (programa de exención únicamente)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.
2 – Atención en la comunidad y a domicilio para personas mayores funcionalmente discapacitadas* (programa de exención únicamente)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.
3 – Arreglos de vivienda apoyados por la comunidad* (programa de exención únicamente)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.
4 – Servicios de atención personal*	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.
5 – Servicios para mujeres embarazadas para tratar una afección que pueda afectar a la mujer o al feto*	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.

* Nota: Debe cumplir con criterios de elegibilidad específicos para recibir los beneficios conforme al programa de pruebas de detección tempranas y periódicas, y de tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés) o a través de otros programas de Medi-Cal.

(no se especifican como beneficio pero es una disposición obligatoria según las normas federales)		
6 – Servicios de consejeros matrimoniales y familiares* (servicios que constan de exámenes de detección tempranos y periódicos, diagnóstico y tratamiento, y por el programa de exención únicamente) ¹	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura. General Es posible que se apliquen normas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para consultas de salud mental cubiertas por Medi-Cal.
7 – Servicios de asistentes sociales clínicos titulados* (servicios que constan de exámenes de detección tempranos y periódicos, diagnóstico y tratamiento, y por el programa de exención únicamente)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	General Es posible que se apliquen normas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para consultas de salud mental cubiertas por Medi-Cal.
8 – Administración de casos* (servicios que constan de exámenes de detección tempranos y periódicos, diagnóstico y tratamiento, y por el programa de exención)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.

¹ Nota: Debe cumplir con criterios de elegibilidad específicos para recibir los beneficios conforma al programa de pruebas detección tempranas y periódicas, y de tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés) o a través de otros programas de Medi-Cal.

únicamente)		
9 – Servicios de agencias de enfermería privada* (servicios que constan de exámenes de detección tempranos y periódicos, diagnóstico y tratamiento, y por el programa de exención únicamente)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.
10 – Servicios de enfermería individuales (servicios que constan de exámenes de detección tempranos y periódicos, diagnóstico y tratamiento, y por el programa de exención únicamente)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.
11 – Servicios sanitarios no médicos (programa de exención únicamente)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.
12 - Servicios en un centro de atención de enfermería pediátrico para menores de 21 años: servicios subagudos* (servicios que constan de exámenes de detección tempranos y periódicos,	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.

diagnóstico y tratamiento, y por el programa de exención únicamente) *		
--	--	--

* Nota: Debe cumplir con criterios de elegibilidad específicos para recibir los beneficios conforma al programa de pruebas detección tempranas y periódicas, y de tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés) o a través de otros programas de Medi-Cal.

Resumen de Beneficios Sección IV: Medi-Cal

Ciertos miembros que tienen los beneficios completos de Medi-Cal también pueden recibir los siguientes beneficios ** :

Estado de California Programa Medi-Cal Beneficios cubiertos para beneficiarios con doble elegibilidad (Medicare y Medi-Cal)		
Categoría de beneficio	Medicaid (Medi-Cal)	CCHP Senior Select Program (HMO SNP)
1 - Servicios de podiatría**	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para los beneficios de podiatría cubiertos por Medi-Cal.</p>
2 - Servicios de quiropráctica**	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 en consultas de quiropráctica cubiertas por Medi-Cal.*</p> <p>Las consultas de quiropráctica que</p>

** Nota: La legislación que se promulgó en julio de 2009 agregó la Sección 14131.10 del Código de Asistencia Social e Instituciones (W&I, por sus siglas en inglés), la cual excluye varias categorías de beneficios opcionales de la cobertura en virtud del programa Medi-Cal. Los beneficios opcionales indicados se excluyen de la cobertura en virtud del programa Medi-Cal a partir del 1 de julio de 2009. La política de exclusión de beneficios opcionales no se aplica a los beneficiarios que se especifican a continuación: 1) beneficiarios menores de 21 años para los servicios prestados de conformidad con el programa EPSDT (servicios que constan de exámenes de detección tempranos y periódicos, diagnóstico y tratamiento); 2) beneficiarios que residen en un centro de atención de enfermería especializada (centros de enfermería de nivel A y nivel B, incluso centros de cuidados subagudos); 3) beneficiarias embarazadas (beneficios y servicios relacionados con el embarazo; otros beneficios y servicios para tratar afecciones que, si no se trataran, podrían generar dificultades para el embarazo); 4) beneficiarios de Servicios Infantiles de California (California Children's Services); y 5) beneficiarios inscritos en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly). La mayoría de los reclamos por servicios de beneficios opcionales excluidos facturados por un médico o grupo de médicos se continuarán reembolsando el 1 de julio de 2009 o con posterioridad a dicha fecha. No obstante, estos reclamos se denegarán si el proveedor que presta el servicio no es un médico sino uno de los proveedores de beneficios opcionales. Encontrará más información sobre los beneficios y servicios reducidos que se vean afectados por esta nueva legislación en el sitio web del Departamento de California de Servicios de Atención Médica, en www.dhcs.ca.gov.

		<p>cubre Medi-Cal son para manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (desplazamiento o falta de alineación de una articulación o parte del cuerpo) si la recibe de un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>
3 - Servicios de psicología**	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para consultas de salud mental cubiertas por Medi-Cal.</p>
4 – Servicios de ópticos y de laboratorio de fabricación de productos ópticos**	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista y exámenes oculares de rutina.</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. - Un par de anteojos cada dos años como máximo.
5 – Cremas y lavados para la incontinencia**	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	Sin cobertura.
6 - Servicios de acupuntura**	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0.</p>
7 - Servicios de audiología**	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	General Es posible que se apliquen normas

** Nota: La legislación que se promulgó en julio de 2009 agregó la Sección 14131.10 del Código de Asistencia Social e Instituciones (W&I, por sus siglas en inglés), la cual excluye varias categorías de beneficios opcionales de la cobertura en virtud del programa Medi-Cal. Los beneficios opcionales indicados se excluyen de la cobertura en virtud del programa Medi-Cal a partir del 1 de julio de 2009. La política de exclusión de beneficios opcionales no se aplica a los beneficiarios que se especifican a continuación: 1) beneficiarios menores de 21 años para los servicios prestados de conformidad con el programa EPSDT (servicios que constan de exámenes de detección

		<p>de autorización.</p> <p>Dentro de la red No se cubren los audífonos.</p> <p>Copago de \$0 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medi-Cal are. - exámenes auditivos de rutina</p>
8 - Servicios odontológicos**	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para beneficios odontológicos cubiertos por Medi-Cal.</p> <p>-Copago de \$0 a \$12 para los exámenes odontológicos -Copago de \$4 a \$23 máximo 2 limpiezas por cada año -Copago de \$0 máximo 1 odontológico de rayos X por cada año</p> <p>Beneficios odontológicos adicionales están disponibles.</p> <p>En general, no se cubren los beneficios odontológicos preventivos (como limpiezas).</p>

tempranos y periódicos, diagnóstico y tratamiento); 2) beneficiarios que residen en un centro de atención de enfermería especializada (centros de enfermería de nivel A y nivel B, incluso centros de cuidados subagudos); 3) beneficiarias embarazadas (beneficios y servicios relacionados con el embarazo; otros beneficios y servicios para tratar afecciones que, si no se trataran, podrían generar dificultades para el embarazo); 4) beneficiarios de Servicios Infantiles de California (California Children's Services); y 5) beneficiarios inscritos en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly). La mayoría de los reclamos por servicios de beneficios opcionales excluidos facturados por un médico o grupo de médicos se continuarán reembolsando el 1 de julio de 2009 o con posterioridad a dicha fecha. No obstante, estos reclamos se denegarán si el proveedor que presta el servicio no es un médico sino uno de los proveedores de beneficios opcionales. Encontrará más información sobre los beneficios y servicios reducidos que se vean afectados por esta nueva legislación en el sitio web del Departamento de California de Servicios de Atención Médica, en www.dhcs.ca.gov.

9 -Patología del habla/terapia del habla**	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 en consultas de patología del habla/terapia del habla cubiertas por Medi-Cal.</p>
10 - Dentaduras postizas**	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>No cubiertos</p>
11 -Anteojos, otros dispositivos oculares**	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medi-Cal.	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista y exámenes oculares de rutina.</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. - Un par de anteojos cada dos años como máximo.

** Nota: La legislación que se promulgó en julio de 2009 agregó la Sección 14131.10 del Código de Asistencia Social e Instituciones (W&I, por sus siglas en inglés), la cual excluye varias categorías de beneficios opcionales de la cobertura en virtud del programa Medi-Cal. Los beneficios opcionales indicados se excluyen de la cobertura en virtud del programa Medi-Cal a partir del 1 de julio de 2009. La política de exclusión de beneficios opcionales no se aplica a los beneficiarios que se especifican a continuación: 1) beneficiarios menores de 21 años para los servicios prestados de conformidad con el programa EPSDT (servicios que constan de exámenes de detección tempranos y periódicos, diagnóstico y tratamiento); 2) beneficiarios que residen en un centro de atención de enfermería especializada (centros de enfermería de nivel A y nivel B, incluso centros de cuidados subagudos); 3) beneficiarias embarazadas (beneficios y servicios relacionados con el embarazo; otros beneficios y servicios para tratar afecciones que, si no se trataran, podrían generar dificultades para el embarazo); 4) beneficiarios de Servicios Infantiles de California (California Children's Services); y 5) beneficiarios inscritos en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly). La mayoría de los reclamos por servicios de beneficios opcionales excluidos facturados por un médico o grupo de médicos se continuarán reembolsando el 1 de julio de 2009 o con posterioridad a dicha fecha. No obstante, estos reclamos se denegarán si el proveedor que presta el servicio no es un médico sino uno de los proveedores de beneficios opcionales. Encontrará más información sobre los beneficios y servicios reducidos que se vean afectados por esta nueva legislación en el sitio web del Departamento de California de Servicios de Atención Médica, en www.dhcs.ca.gov.



CCHP Senior Select Program (HMO SNP)

www.cchphmo.com