



Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto
(MRMIP)

Organización de Proveedores Preferidos
(PPO)

Acuerdo de Servicio
y Formulario Combinado
de Evidencia de Cobertura
y Divulgación de Información

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA SUSCRIPTORES DEL MRMIP CON RESPECTO A LA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA Y EL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio incluyó un mandato para que la mayoría de las personas tuviera seguro médico o pagara potencialmente una multa impositiva por incumplimiento. Las personas que tienen seguro tenían que asegurarse de que su seguro actual cumpliera los requisitos de Cobertura esencial mínima (MEC) y se les requiere mantener MEC para ellos mismos y sus dependientes. En febrero de 2015, el gobierno federal otorgó designación permanente de MEC para cualquier fondo común para riesgos altos del Estado en existencia a partir del 26 de noviembre de 2014. El Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto (MRMIP) es el fondo común para riesgos altos de California. Los suscriptores del MRMIP no tendrán que obtener cobertura médica adicional y no estarán sujetos a multas impositivas por incumplimiento ya que al MRMIP se le ha otorgado designación permanente de MEC. La estructura de beneficios y tasas no cambiará debido a la designación de MEC. Esto significa que usted tiene más opciones de seguro médico que cumplen con el requisito federal de cobertura esencial mínima. Las opciones del mercado de seguros médicos disponibles a través de Covered California (coveredCA.com) y el mercado individual de seguros también cumplen con el requisito federal.

Acceso oportuno a servicios médicos que no sean de emergencia

Tipo de cita	Debe poder obtener una cita dentro de:
Citas de atención de urgencia que no requieren aprobación previa (autorización previa)	48 horas
Cita de atención de urgencia que requiere aprobación previa (autorización previa)	96 horas
Citas de atención primaria que no sean de urgencia	10 días hábiles
Especialista que no sea de urgencia	15 días hábiles
Proveedor de salud mental o proveedor de trastorno de abuso de sustancias (no médico) que no sea de urgencia	10 días hábiles
Cuidado de seguimiento que no sea de urgencia con proveedores de salud mental o proveedor de trastorno de abuso de sustancia no médico	10 días hábiles
Citas que no sean de urgencia para servicios auxiliares (de apoyo) para el diagnóstico o tratamiento de una lesión enfermedad u otra condición médica	15 días hábiles
Tiempos de espera telefónicos durante el horario de atención normal	10 minutos
Triaje: servicios las 24 horas, los siete días de la semana	Servicios las 24 horas, los siete días de la semana, no más de 30 minutos

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
 TTY: **888-757-6034**
 Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
 TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Servicios y apoyos a largo plazo	
Centro de enfermería especializada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condados rurales y pequeños: en un plazo de 14 días hábiles de la solicitud ▪ Condados medianos: en un plazo de siete días hábiles de la solicitud ▪ Condados pequeños: en un plazo de cinco días hábiles de la solicitud
Centro de cuidado intermedio/discapacidad del desarrollo (ICF-DD)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condados rurales y pequeños: en un plazo de 14 días hábiles de la solicitud ▪ Condados medianos: en un plazo de siete días hábiles de la solicitud ▪ Condados pequeños: en un plazo de cinco días hábiles de la solicitud
Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS)	La capacidad no puede disminuir en el agregado estatal por debajo del nivel de abril de 2012

El Departamento de Atención de la Salud Administrada (DMHC) de California adoptó nuevas reglamentaciones (Título 28, Sección 1300.67.2.2) que requieren que los planes médicos proporcionen a los miembros acceso oportuno a servicios médicos que no sean de emergencia. Los planes de servicios médicos deben implementar las políticas, los procedimientos y los sistemas necesarios para el cumplimiento con estas reglamentaciones.

Contacte a la Línea de Enfermería 24/7 al **800-224-0336** para acceder a servicios de triaje o evaluación por teléfono, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si tiene pérdida auditiva o del habla, puede llamar a la línea TTY de la Línea de Enfermería 24/7 al **711**.

Podemos traducir esto gratuitamente. Llame al número de servicio de atención al cliente que aparece en su tarjeta de identificación (tarjeta de ID).

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
 TTY: **888-757-6034**
 Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
 TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Estimado/a miembro del MRMIP de Anthem: Si tiene problemas auditivos o del habla, podría llamar a la línea TTY al **888-757-6034**, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. y los fines de semana, llame al Servicio de Retransmisión de California al **711** para obtener la ayuda que necesita. Es un placer responder sus preguntas. Para asegurarnos de que las personas con las que habla son cordiales y útiles, a veces grabamos las llamadas por teléfono.

Gracias por elegir a Anthem. Queremos ayudarle a estar bien y mantenerse bien.

Cordialmente,

Anthem Blue Cross

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto

Este Formulario Combinado de Evidencia de Cobertura (EOC) y Divulgación de Información constituye un resumen solo de las políticas y la cobertura del plan médico bajo el Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto (MRMIP).

Este libro le dice cómo funciona su plan médico de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Anthem. También le indica cuáles servicios de salud están cubiertos y cuáles no. Lea este libro completamente y con atención. Para referencia fácil, se incluye un resumen de beneficios en la *Parte 5: Resumen de beneficios*. Los beneficios de este plan solo cubren servicios médicamente necesarios. El hecho de que un médico recete u ordene un servicio no lo hace médicamente necesario o un beneficio cubierto. La cobertura del MRMIP es adicional a, y no duplica, cualquier otro beneficio médico a su disposición, ya sea que lo reclame o no.

Centro de Atención al Cliente

¿Tiene preguntas? Llámenos gratuitamente al **877-687-0549 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Si tiene pérdida auditiva o del habla, podría llamar a la línea TTY al **888-757-6034**, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. y los fines de semana, llame al Servicio de Retransmisión de California al **711** para obtener la ayuda que necesita.

Ayuda en otros idiomas

Llámenos si necesita ayuda en otro idioma. Conseguiremos a alguien que hable su idioma para responder sus preguntas. Si necesita a alguien que le explique la información médica mientras está en el consultorio de su médico, pídale a su médico que nos llame. Nos complace ayudar. Esta ayuda es gratuita.

Información de elegibilidad e inscripción

La información acerca de elegibilidad, inscripción, inscripción abierta, cancelación de la inscripción, la fecha de inicio de la cobertura, las transferencias de inscripción y los aportes del suscriptor está incluida en el manual de inscripción abierta del MRMIP que le envió el programa. Si tiene preguntas sobre estos temas, o si quiere otra copia del manual de inscripción abierta, contacte al MRMIP en:

CALIFORNIA MAJOR RISK MEDICAL INSURANCE PROGRAM
P.O. BOX 9044
OXNARD, CA 93031-9044
800-289-6574

La solicitud y el manual del MRMIP también están disponibles en línea en [DHCS.ca.gov](https://dhcs.ca.gov).

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Información del deducible anual

El MRMIP tiene un deducible anual de \$500 por miembro o por familia. Usted debe pagar algunos servicios médicos hasta por \$500 antes de que el plan comience a pagar por servicios cubiertos que aplican al deducible. El deducible anual aplica a un año calendario que comienza el 1 de enero. Después de cubrir el deducible y por el resto del año calendario, usted solo paga el copago o coseguro correspondiente hasta el máximo de gastos de bolsillo anual. Los pagos por servicios proporcionados por proveedores dentro de la red y de fuera de la red y los costos por el pago de medicamentos recetados se aplican para el deducible anual de \$500. Usted no tiene que cubrir el deducible antes de recibir cobertura para servicios de cuidado preventivo. Sus pagos por servicios de cuidado preventivo no se aplican para el deducible anual de \$500. Consulte la sección de *Deducible* de este folleto de EOC para obtener más información.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Contenido

Parte 1	Cómo usar su plan médico de Anthem PPO	7
Parte 2	Servicios de atención de emergencia y urgencia	18
Parte 3	Cómo acceder al cuidado	21
Parte 4	Qué cubre Anthem.....	23
Parte 5	Resumen de beneficios.....	45
Parte 6	Qué no cubre Anthem.....	58
Parte 7	Cómo obtener medicamentos recetados	65
Parte 8	Cómo resolver un problema con Anthem.....	70
Parte 9	Cláusulas de beneficios alternativos	76
Parte 10	Otras cosas que quizá necesite saber.....	77
Parte 11	Definiciones.....	86

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Parte 1 Cómo usar su plan médico de Anthem PPO

Como miembro del plan médico de Anthem PPO, usted tiene derecho a una amplia variedad de beneficios médicos. Estos beneficios están descritos en la *Parte 4: Qué cubre Anthem*. También puede consultar la tabla en la *Parte 5: Resumen de beneficios*, para darle un vistazo a sus beneficios y cualquier limitación relacionada con los servicios.

Cómo usar su tarjeta de identificación de Anthem PPO

Su tarjeta de identificación (ID) de miembro de Anthem no solo lo identifica a usted, sino que también enumera números de teléfono importantes. Lleve su tarjeta de identificación con usted en todo momento y preséntela siempre que busque cuidado o servicios médicos. Puede encontrar la fecha de entrada en vigencia de su cobertura en su tarjeta de identificación. Esta es la fecha en que iniciaron sus beneficios de cuidado médico con Anthem. Usted y sus dependientes inscritos, son las únicas personas que pueden obtener servicios médicos bajo su número de tarjeta de Anthem PPO. Sus dependientes inscritos no recibirán una tarjeta de identificación con su nombre. Si usted permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación, su cobertura podría ser terminada. Los siguientes números de teléfono para información y servicios del plan aparecen en su tarjeta:

- Centro de Atención al Cliente de Anthem: **877-687-0549**
- TTY del Centro de Atención al Cliente de Anthem: **888-757-6034**
- Revisión de utilización de Anthem: **877-273-4193**
- Administración de Farmacia de Anthem (administrado por CarelonRx): **833-419-0530**

Cómo elegir médicos

El plan médico de Anthem PPO le da acceso a cuidado mediante una red de médicos, hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios selectos, proveedores de terapia de infusión y equipo médico duradero. El uso de proveedores de la red garantiza máximos ahorros para el miembro.

Anthem tiene un programa Prudent Buyer con un listado completo de proveedores de la red de Anthem. Este listado es una forma fácil de encontrar el cuidado médico que necesita dentro de la red.

Puede obtener un listado de proveedores llamando a Anthem o mediante nuestro sitio web en <https://mss.anthem.com/california-medicare/care/find-a-doctor.html>.

Si actualmente está acudiendo a un médico que no es un médico de Anthem, tal vez pueda continuar acudiendo a ese médico. Si usted tiene una condición crónica aguda o grave, tal vez pueda recibir servicios de su médico hasta que esos servicios sean cesados o hasta que pueda transferirlos con seguridad a otro médico. Esto se llama *continuidad de la atención*. También puede continuar acudiendo a un médico no participante al ingresar a Anthem. Eso se denomina *asistencia para la transición de nuevos miembros*.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Algunos hospitales y otros proveedores no proporcionan uno o más de los siguientes servicios que podrían estar cubiertos bajo el contrato de su plan y que usted o su familiar pudiesen necesitar: planificación familiar; servicios de anticoncepción, incluyendo anticoncepción de emergencia; esterilización, incluyendo ligadura de trompas al momento del trabajo de parto y el parto; tratamientos de infertilidad. Usted debería obtener más información antes de inscribirse. Llame a su médico, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica potencial, o llame al Centro de Atención al Cliente de Anthem para asegurarse de que puede obtener los servicios médicos que necesita.

Continuidad de la atención

Si su médico deja de trabajar con Anthem, le informaremos por correo 60 días antes del último día del médico. Sujeto a los términos y condiciones establecidos a continuación, Anthem pagará beneficios al nivel del proveedor participante para servicios cubiertos (sujeto a los copagos aplicables y otros términos) brindados a un miembro por un proveedor cuya participación hemos terminado.

Usted debe estar bajo el cuidado del proveedor participante al momento de la terminación. El proveedor terminado debe aceptar por escrito proporcionar servicios al miembro de conformidad con los términos y condiciones de su acuerdo con Anthem antes de la terminación. El proveedor también debe acordar por escrito aceptar los términos y las tasas de reembolso bajo su acuerdo con Anthem antes de la terminación. Si el proveedor no acepta estos términos y condiciones contractuales, no se nos requiere continuar los servicios del proveedor más allá de la fecha de terminación del contrato.

Anthem suministrará dichos beneficios para la continuación de servicios por parte de un proveedor terminado solo para las condiciones siguientes:

- Una condición aguda
 - Una condición aguda es una condición médica que involucra la aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica rápida y tiene una duración limitada.
 - Los servicios cubiertos son proporcionados por la duración de la condición aguda.
- Una condición crónica grave
 - Una condición crónica grave es una condición médica debida a una enfermedad, afección u otro problema médico o trastorno médico que es de naturaleza grave y persiste sin una cura completa o se empeora sobre un periodo de tiempo prolongado o requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro.
 - Los servicios cubiertos son proporcionados para completar un curso de tratamiento y para coordinar una transferencia segura a otro proveedor. La duración de estos servicios es acordada por Anthem, el miembro y el proveedor terminado y deben ser consistentes con la buena práctica profesional.
 - Los servicios cubiertos no deberán exceder 12 meses desde la fecha de terminación del contrato del proveedor.

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Un embarazo
 - Un embarazo incluye los tres trimestres del embarazo y el periodo posparto inmediato.
 - Los servicios cubiertos son proporcionados por la duración del embarazo.
- Una enfermedad terminal
 - Una enfermedad terminal es una condición incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de ocasionar la muerte dentro de un año o menos.
 - Los servicios cubiertos son proporcionados por la duración de la enfermedad terminal.
- El cuidado de un niño recién nacido inscrito activamente entre el nacimiento y los 36 meses de edad
 - Los servicios cubiertos no deberán exceder 12 meses desde la fecha de terminación del contrato del proveedor.
- Realización de una cirugía u otro procedimiento que autorizamos como parte de un curso de tratamiento documentado y que fue recomendado y documentado por el proveedor que ocurra dentro de 180 días de la fecha de terminación del contrato del proveedor. Dichos beneficios no se aplicarán a proveedores terminados debido a causa o motivo disciplinario médico, fraude u otra actividad criminal.

Llame a nuestro número de teléfono del Centro de Atención al Cliente o TTY para solicitar continuidad de la atención o para obtener una copia de la política escrita. La elegibilidad está basada en la condición clínica del miembro; no está determinada por clasificaciones de diagnóstico. La continuación de la atención no proporciona cobertura para servicios no cubiertos de otra forma bajo el acuerdo.

Le notificaremos por teléfono y al proveedor por teléfono y fax, de si su solicitud para continuación de la atención es aprobada o no.

De ser aprobada, el miembro será financieramente responsable solo por los copagos correspondientes bajo este plan. Los arreglos financieros con los proveedores terminados son negociados con base en cada caso. Solicitaremos que el proveedor terminado acepte negociar el reembolso y/o los requisitos contractuales que correspondan a los proveedores participantes, incluyendo los términos de pago. Si el proveedor terminado no acepta el mismo reembolso y/o los requisitos contractuales, no se nos requiere continuar los servicios de ese proveedor. Si usted no está de acuerdo con nuestra determinación con respecto a la continuación de la atención, vea la *Parte 8: Cómo resolver un problema con Anthem*.

Asistencia de transición para nuevos miembros

La asistencia de transición es un proceso que permite la continuidad de la atención para nuevos miembros que reciben servicios de un proveedor no participante. Si usted es un nuevo miembro, puede solicitar asistencia de transición en caso de que exista alguna de las siguientes condiciones:

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Una condición aguda
 - Una condición aguda es una condición médica que involucra la aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica rápida y tiene una duración limitada.
 - Los servicios cubiertos son proporcionados por la duración de la condición aguda.
- Una condición crónica grave
 - Una condición crónica grave es una condición médica debida a una enfermedad, afección u otro problema médico o trastorno médico que es de naturaleza grave y persiste sin una cura completa o se empeora sobre un periodo de tiempo prolongado o requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro.
 - Los servicios cubiertos son proporcionados para completar un curso de tratamiento y para coordinar una transferencia segura a otro proveedor. La duración de estos servicios es acordada por Anthem, el miembro y el proveedor no participante y deben ser consistentes con la buena práctica profesional.
 - Los servicios cubiertos no deberán exceder 12 meses desde el momento en que el miembro se inscribe en Anthem.
- Un embarazo
 - Un embarazo incluye los tres trimestres del embarazo y el periodo posparto inmediato.
 - Los servicios cubiertos son proporcionados por la duración del embarazo.
- Una enfermedad terminal
 - Una enfermedad terminal es una condición incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de ocasionar la muerte dentro de un año o menos.
 - Los servicios cubiertos son proporcionados por la duración de la enfermedad terminal.
- El cuidado de un niño recién nacido inscrito activamente entre el nacimiento y los 36 meses de edad
 - Los servicios cubiertos no deberán exceder 12 meses desde el momento en que el miembro se inscribe en Anthem.
- Realización de una cirugía u otro procedimiento que autorizamos como parte de un curso de tratamiento documentado y que fue recomendado y documentado por el proveedor que ocurra dentro de 180 días del momento en que el miembro se inscribió en Anthem.

Llame a nuestro número de teléfono del Centro de Atención al Cliente o TTY para solicitar asistencia de transición o para obtener una copia de la política escrita. La elegibilidad está basada en la condición clínica del miembro; no está determinada por clasificaciones de diagnóstico. La asistencia de transición no proporciona cobertura para servicios no cubiertos de otra forma bajo el acuerdo.

Le avisaremos a usted por teléfono y al proveedor por teléfono y fax, de si su solicitud para asistencia de transición es aprobada o no.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

De ser aprobada, usted será financieramente responsable solo por los copagos correspondientes bajo este plan. Los arreglos financieros con los proveedores no participantes son negociados con base en cada caso. Solicitaremos que el proveedor no participante acepte negociar el reembolso y/o los requisitos contractuales que correspondan a los proveedores participantes, incluyendo los términos de pago. Si el proveedor no participante no acepta negociar, no se nos exige continuar los servicios de ese proveedor. Si usted no cumple con los criterios para asistencia de transición, se le otorgará debido proceso incluyendo tener a un médico que revise la solicitud. Si usted no está de acuerdo con nuestra determinación con respecto a la asistencia de transición para nuevos miembros, vea la *Parte 8: Cómo resolver un problema con Anthem*.

Muchos beneficios están disponibles fuera de la red

Excepto por servicios hospitalarios, usted podría recibir servicios fuera de la red. Vea *Referencia a especialistas* y *Responsabilidades del miembro* más adelante en esta sección. Usted pagará una parte mucho mayor de los costos cuando usa un proveedor no participante. También será responsable por un coseguro mayor y cualquier cargo que exceda la tabla de tarifas. Aunque Anthem tiene contrato con la mayoría de los hospitales en California, Anthem no tiene contrato con todos ellos. Anthem no cubrirá servicios de un hospital sin contrato excepto en una emergencia médica.

Cómo hacer una cita con el médico

Llame al consultorio del médico para una cita y dígalos que usted es miembro de Anthem PPO. Al llamar, tenga lista su tarjeta de identificación de Anthem. El personal del consultorio podría pedirle los números que están en la tarjeta.

Puede comunicarse con un médico de Anthem las 24 horas del día. Si llama después del horario de atención, deje su nombre y número de teléfono en el servicio de contestadora y su médico o un médico de turno se comunicará con usted.

Cuando tenga una cita, llegue a tiempo. Llame al consultorio de su médico lo más pronto posible si va a llegar tarde o si no puede llegar a su cita. Esto ayudará a su médico a reducir el tiempo de todos en la sala de espera.

Los proveedores de Anthem tienen rampas, baños, estacionamientos y elevadores para miembros discapacitados para que puedan acceder al cuidado médico que necesitan.

Cómo obtener una segunda opinión médica

Usted pudiese tener preguntas acerca de un tratamiento o una cirugía que su médico dice que necesita. Podría querer una segunda opinión. Las segundas opiniones son útiles si:

- Tiene preguntas sobre una cirugía recomendada.
- Tiene preguntas sobre un resultado o plan de tratamiento para una condición crónica o una condición que pudiese provocar pérdida de la vida, de una extremidad o función corporal, o pudiese considerablemente deteriorar su salud.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Los consejos de su médico no son claros o son demasiado complejos.
- El diagnóstico dado no es consistente con los resultados de la prueba.
- Su médico no puede diagnosticar su condición médica.
- Un plan de tratamiento no está mejorando su condición.
- Está preocupado por el plan de tratamiento o el diagnóstico de su médico.

Usted debe, pero no se le requiere, hablar con su proveedor de atención primaria si quiere una segunda opinión. Debe obtener una segunda opinión de un proveedor de cuidado médico calificado. Si necesita una segunda opinión para cuidado especializado, es mejor consultar a un médico de la misma especialidad. No necesita autorización previa para una segunda opinión.

La visita para segunda opinión es un beneficio cubierto. Si decide buscar una segunda opinión, recuerde, usted aprovecha mejor sus beneficios cuando acude a un proveedor participante. Su médico puede referirlo a un proveedor participante para una segunda opinión. Si elige un proveedor no participante, pagará una mayor parte de los costos y será responsable por un coseguro mayor y cualquier cargo que exceda la tabla de tarifas.

Para más información sobre segundas opiniones, llame a nuestro número de teléfono del Centro de Atención al Cliente o TTY. También podría llamar a la Línea de Enfermería 24/7, una línea de ayuda confidencial de enfermería. El número de teléfono y la línea TTY de la Línea de Enfermería 24/7 se enumeran en la parte inferior de la página.

Autorización previa (un visto bueno de Anthem)

Anthem requiere autorización previa, un visto bueno por anticipado para determinar si algunos servicios son médicamente necesarios. Su médico podría tener que conseguir autorización previa nuestra para asegurarse de que cubriremos algunos servicios. Estos servicios incluyen:

- Todo el cuidado hospitalario para pacientes internados excepto para parto, mastectomía y cirugía reconstructiva secundaria a una mastectomía
- Todas las terapias de infusión (excepto sangre y productos sanguíneos)
- Toda la radiología de alto costo, como tomografía computarizada (TC), resonancia magnética nuclear (RMN), angiografía por resonancia magnética (ARM), tomografía por emisión de positrones (TEP) y tomografía computarizada por emisión de un solo fotón (TCESF)
- Todos los trasplantes de órganos y tejidos
- Cuidado médico en el hogar
- Hospicio
- Septoplastia
- Productos alimenticios especiales

A veces le preguntaremos al médico por qué usted necesita cuidado especial. Usted puede llamar y preguntarnos cómo tomamos nuestras decisiones de autorización previa.

Usted debe saber:

- No recompensamos a los profesionales ni a otras personas que realicen la revisión de utilización por denegar cobertura o servicios.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.

[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- No ofrecemos incentivos financieros para los tomadores de decisiones de administración de la utilización para exhortar decisiones que resulten en infrautilización, tal como reducción en o rechazo de un servicio solicitado.
- La toma de decisiones de administración de la utilización está basada solo en el uso correcto del cuidado y el servicio y la existencia de cobertura.

El médico hará su mejor esfuerzo para brindar todos los servicios cubiertos en una forma que refleje sus deseos.

Usted puede rechazar sus consejos acerca de un plan de tratamiento. Si el médico está preocupado acerca de su opción, se le avisará. Ningún médico tiene que darle tratamiento que no piense que sea correcto.

Anthem trabaja con usted y sus médicos para cubrir atención y servicios médicamente necesarios y apropiados. Una revisión de necesidad médica podría tener varios nombres distintos, incluyendo revisión de utilización (UR), revisión de administración de la utilización (UM), revisión de administración médica o revisión de administración de cuidado. Para obtener información acerca de cómo funciona nuestro proceso de revisión de utilización, llámenos.

Referencias a especialistas

Cuando necesite un especialista, podría acudir a cualquier médico. Si elige un proveedor participante en el listado de proveedores de Anthem Prudent Buyer, esto garantiza máximos ahorros para el miembro. Si elige un proveedor no participante, pagará una mayor parte del costo porque usted será responsable por un coseguro mayor y cualquier cargo que exceda el programa de cargos.

Queremos recordarle que se asegure de que todos los proveedores que seleccione sean parte de la red de proveedores de Prudent Buyer. La red consta de médicos y hospitales en todo el estado que tienen contratos negociados con Anthem para proporcionarle servicios cubiertos de cuidado médico a tasas con descuento.

Con la red más grande de proveedores de cuidado médico del estado, que abarca más de 40,000 médicos y más de 400 hospitales, a usted se le garantiza acceso fácil a proveedores de Prudent Buyer y no tiene que llenar reclamaciones.

Llame a nuestro número de teléfono del Centro de Atención al Cliente o TTY para verificar la participación del proveedor, o para solicitar un listado de proveedores de Prudent Buyer para su área. También puede verificar los proveedores participantes mediante nuestro sitio web en <https://mss.anthem.com/california-medicaid/care/find-a-doctor.html>.

Si utiliza un proveedor no participante, es probable que usted vaya a pagar gastos de bolsillo sustancialmente mayores. Mantenerse en la red de Prudent Buyer puede ahorrarle dinero.

Responsabilidades del miembro

Por lo general, el único monto que un miembro paga por servicios cubiertos es el copago o coseguro requerido.

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Tal vez deba pagar por servicios que recibe que NO sean servicios cubiertos, tales como:

- Servicios que no sean de emergencia recibidos en la sala de emergencias
- Servicios que no sean de emergencia o no sean de urgencia recibidos fuera del área de servicio de Anthem, si usted no obtuvo autorización previa de Anthem antes de recibir dichos servicios
- Servicios especializados que usted recibe, si no obtuvo una referencia o autorización requerida de Anthem antes de recibir dichos servicios. Consulte la *Parte 1: Autorización previa (un visto bueno de Anthem)*.
- Servicios de un proveedor no participante, a menos que los servicios sean para situaciones permitidas en esta EOC (por ejemplo: servicios de emergencia, servicios de posestabilización si usted o su cónyuge o tutor legal rechaza transferirlo a un hospital participante y usted o su cónyuge o tutor legal reciben aviso por escrito apropiado de su responsabilidad financiera; servicios urgentes fuera del área de servicio del plan; o servicios especializados aprobados por el plan).

Consulte la *Parte 1: Autorización previa (un visto bueno de Anthem)*; o

- Servicios que recibió que sean mayores que los límites descritos en esta EOC a menos que sean autorizados por Anthem

Anthem es responsable por el pago de todos los servicios cubiertos, incluyendo servicios de emergencia. Usted no es responsable por el pago a un proveedor de cualquier monto adeudado por el plan médico por ningún servicio cubierto.

Si Anthem no paga los servicios cubiertos a un proveedor no participante, usted no tiene que pagar al proveedor no participante por el costo de los servicios cubiertos. Los servicios cubiertos son aquellos servicios que son proporcionados de acuerdo con este folleto de Evidencia de cobertura o según lo requerido de otra forma por las leyes. El proveedor no participante debe facturarle a Anthem, no a usted, por cualquier servicio cubierto. Pero recuerde, los servicios de un proveedor no participante no son “servicios cubiertos” a menos que caigan dentro de las situaciones permitidas por este folleto de Evidencia de cobertura.

Si usted recibe una factura por un servicio cubierto de cualquier proveedor, ya sea participante o no participante, contacte al departamento del Centro de Atención al Cliente de Anthem al **877-687-0549** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Si tiene pérdida auditiva o del habla, puede llamar a nuestra línea TTY al **888-757-6034**.

Periodo de exclusión por condición preexistente

Hay un periodo de exclusión por condición preexistente de tres meses desde su fecha de entrada en vigencia. Durante este periodo, ningún beneficio o servicio relacionado con una condición preexistente estará cubierto a menos que este periodo de exclusión por condición preexistente sea exonerado o reducido al momento de su inscripción en este plan. *Condición preexistente* significa una enfermedad, lesión, afección o condición física para la cual consejos médicos, diagnóstico, atención o tratamiento, incluyendo el uso de medicamentos recetados, fue recomendado o recibido de un profesional de salud certificado durante los seis meses inmediatamente precedentes a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del miembro.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Coordinación de beneficios

Si usted está cubierto por otro plan médico, llame a nuestro número de teléfono del Centro de Atención al Cliente o TTY. Si necesita servicios médicos, su otro plan médico pagará primero y Anthem pagará de segundo. El total de los dos pagos no puede ser más del monto total permitido por Anthem.

Costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro)

Cuando reciba servicios cubiertos, usted es responsable por el monto de sus costos compartidos según lo descrito en la sección de descripción de beneficios. Si recibe más de un servicio de un proveedor, o servicios de más de un proveedor, se le puede exigir que pague montos separados de costos compartidos para cada servicio y cada proveedor. Por ejemplo, si un miembro usa un proveedor participante y recibe un servicio preventivo tal como una mamografía, el miembro pagará un coseguro de 15 por ciento para la mamografía y un copago de \$25 para servicios profesionales/visita al consultorio del médico. Llámenos si tiene preguntas.

Deducible

Anthem tiene un deducible anual de \$500 que usted debe cubrir antes de que el plan comience a pagar por servicios cubiertos. A partir de cada 1 de enero, usted es responsable por los cargos de ciertos servicios cubiertos sujeto al deducible y Anthem no cubrirá estos servicios hasta que usted cubra el deducible en un año calendario. Los únicos pagos que cuentan para un deducible son aquellos que usted hace para servicios cubiertos que están sujetos al deducible.

Después de cubrir el deducible y por el resto del año calendario, usted solo paga el copago o coseguro correspondiente sujeto al límite máximo anual de copago/coseguro. Los pagos por servicios proporcionados por proveedores dentro de la red y fuera de la red y los pagos de medicamentos recetados se aplican para el deducible anual de \$500.

Los siguientes servicios de cuidado preventivo están cubiertos incluso si usted no ha cubierto su deducible y no se aplican al deducible anual:

- Exámenes de mamas y mamografías
- Papanicolaou, exámenes pélvicos y pruebas de detección del cáncer de ovarios y el cuello uterino
- Prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH)
- Prueba del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- Exámenes citológicos de manera periódica y razonable
- Una variedad de servicios de planificación familiar voluntarios
- Educación sobre salud
- Exámenes médicos y servicios de laboratorio periódicos en relación con estos
- Pruebas de la visión y audición para niños
- Pruebas de sangre para recién nacidos
- Atención prenatal (cuidado durante el embarazo)
- Exámenes de la próstata para hombres
- Pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Consultas de control del bebé y control médico pediátrico
- Vacunaciones para niños y adultos, incluyendo vacunaciones necesarias para viajes

Usted recibirá una explicación de beneficios (EOB) cada vez que reciba servicios cubiertos. Esta EOB le dirá el monto aplicado al deducible, si aplica el deducible. La EOB también le dirá el monto que usted ha pagado para el deducible anual. Después de cubrir su deducible, la EOB le dirá el monto de copago o coseguro que usted paga. También puede obtener la información del deducible y el monto anual máximo de copago/coseguro llamando a nuestro número de teléfono del Centro de Atención al Cliente o TTY.

Copagos

Tal vez se le requiera hacer un copago por servicios recibidos mientras está cubierto bajo este plan. Su copago es un monto fijo de dinero por servicio.

Coseguro

Tal vez se le requiera pagar un coseguro por servicios recibidos mientras está cubierto bajo este plan. El coseguro es un porcentaje de los cargos negociados por Anthem para servicios recibidos de un proveedor participante, o los cargos acostumbrados y razonables según lo establecido por Anthem para servicios que recibe de un proveedor no participante. Si recibe servicios de un proveedor no participante, también tendrá que pagar cualquier cargo por encima de los cargos acostumbrados y razonables. Consulte la *Parte 5: Resumen de beneficios*, para determinar su responsabilidad de copago o coseguro para servicios cubiertos.

El coseguro pagado a proveedores no participantes no se aplica para el límite máximo anual de copago/coseguro para proveedor participante de Anthem, excepto para servicios médicos de emergencia. Usted será responsable por el pago de los montos de coseguro para proveedores no participantes incluso después de que llegue a su límite máximo anual de copago/coseguro de proveedor participante.

Límite máximo anual de copago/coseguro

El límite máximo anual de copago/coseguro para proveedores participantes es de \$2,500 por miembro por año calendario y \$4,000 por familia por año calendario. Una vez que un miembro o familia inscrita haya pagado el máximo anual en copagos o coseguro en un año calendario, no se requerirá ningún copago o coseguro adicional para proveedores participantes por el resto del año calendario.

No hay límite máximo anual de copago/coseguro para proveedores no participantes. El coseguro aplicable para proveedores no participantes continuará aplicándose a lo largo del año calendario. **No** aplicaremos el coseguro pagado a proveedores no participantes para el límite máximo anual de copago/coseguro para proveedores participantes, excepto para servicios médicos de emergencia. Hay límites de pago del MRMIP de \$75,000 por año calendario por miembro y \$750,000 de por vida por miembro. Cualquier beneficio actual y/o previo recibido bajo el MRMIP deberá contar para el máximo de por vida de \$750,000.

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Límite máximo anual de beneficios

El total combinado de todos los beneficios pagados bajo el MRMIP por gastos incurridos por un miembro en cada año calendario está limitado a un monto máximo de \$75,000. Estos beneficios solo son pagaderos para gastos cubiertos incurridos mientras la cobertura del miembro bajo este plan está en vigencia.

Límite de monto máximo de por vida de beneficios

El total combinado de todos los beneficios pagados bajo el MRMIP por gastos incurridos por un miembro está limitado a un monto máximo de \$750,000 en la vida del miembro. Estos beneficios solo son pagaderos para gastos incurridos mientras la cobertura del miembro bajo este plan está en vigencia. Cualquier beneficio actual y/o previo recibido bajo el MRMIP deberá contar para el máximo de por vida de \$750,000. Cualquier límite adicional en el número de visitas o días cubiertos está establecido en la *Parte 4: Qué cubre Anthem*, bajo el beneficio específico.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Parte 2 Servicios de atención de emergencia y urgencia

¿Qué es una emergencia?

Una condición de emergencia es una condición médica o psiquiátrica con síntomas tan graves (incluyendo dolor intenso o trabajo de parto activo) que una persona común prudente que tenga un conocimiento promedio de salud y medicina, podría pensar razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría:

- Poner su salud o la salud de su hijo no nacido en riesgo grave
- Causar deterioro grave a las funciones corporales
- Causar disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo

Los ejemplos incluyen los siguientes:

- Dolor en el pecho
- Sangrado abundante
- Dificultad para respirar o falta de aliento
- Pérdida repentina de la conciencia
- Trabajo de parto activo
- Debilidad o entumecimiento repentinos en la cara, el brazo o la pierna en un solo lado del cuerpo
- Condiciones médicas de emergencia psiquiátrica

Cubrimos servicios de emergencia ya sea que los reciba dentro o fuera de su área de servicio. Fuera de su área de servicio, el tratamiento para emergencia incluye servicios necesitados con urgencia para evitar un deterioro grave de su salud resultante de enfermedad o lesión imprevista y el tratamiento no puede ser retrasado hasta que usted regrese a su área de servicio. Estos servicios necesitados con urgencia también serán cubiertos.

Es importante que usted o su médico llamen a Anthem dentro de 48 horas (o tan pronto sea razonablemente posible) si usted es admitido a un hospital en una situación de emergencia.

Si piensa que está teniendo una emergencia médica, llame al 911.

Qué debe hacer si no está seguro de si tiene una emergencia

Si no está seguro de si tiene una emergencia o requiere atención de urgencia, se puede comunicar con su grupo médico o su PCP las 24 horas del día. Ya sea su propio médico le devolverá la llamada, después de que usted deje su nombre y número de teléfono en el servicio de contestadora, o un médico de turno se comunicará con usted con los consejos médicos que necesita. Si no está seguro de si tiene una emergencia o requiere atención de urgencia, contacte a Línea de Enfermería 24/7, la línea de enfermería de información médica de 24 horas para acceder a servicios de triaje o evaluación las 24 horas del día, los siete días de la semana. El número de la Línea de Enfermería 24/7 es **800-224-0336**. Si tiene pérdida de la audición o del habla, puede llamar a la línea TTY de la Línea de Enfermería 24/7 al **711**.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Cuidado de posestabilización y seguimiento después de una emergencia

Una vez que su condición médica de emergencia haya sido tratada en un hospital y ya no exista una emergencia debido a que su condición está estabilizada, el médico que lo está tratando puede querer que usted se quede en el hospital por un tiempo más antes de que pueda salir del hospital con seguridad. Los servicios que usted recibe después de que una condición de emergencia sea estabilizada se denominan *servicios de posestabilización*.

Si el hospital donde usted recibió servicios de emergencia no es parte de la red contratada de Anthem, el hospital no contratante contactará a Anthem con el fin de obtener aprobación para su estadía en el hospital no contratante.

Si Anthem aprueba su estadía continuada en el hospital no contratante, usted no tendrá que pagar por servicios excepto cualquier coseguro requerido normalmente por Anthem.

Si Anthem le ha notificado al hospital no contratante de que usted puede ser trasladado con seguridad a uno de los hospitales contratados por el plan, Anthem coordinará y pagará para que usted sea trasladado del hospital no contratante a un hospital contratante.

Si Anthem determina que usted puede ser transferido con seguridad a un hospital contratante y usted o su cónyuge o tutor legal no están de acuerdo con que sea transferido, el hospital no contratante debe darle a usted o a su cónyuge o tutor legal una notificación escrita que diga que usted tendrá que pagar por todos los costos para servicios de posestabilización proporcionados en el hospital no contratante después de que su condición de emergencia sea estabilizada.

Además, tal vez tenga que pagar por servicios si el hospital no contratante no puede averiguar su nombre y no puede obtener información de contacto en el plan para pedir aprobación para proporcionar servicios una vez usted esté estable.

SI CREE QUE LE FACTURARON INAPROPIADAMENTE SERVICIOS DE POSESTABILIZACIÓN QUE RECIBIÓ DE UN HOSPITAL NO CONTRATANTE, CONTACTE AL CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE ANTHEM AL 877-687-0549 DE LUNES A VIERNES DE 8:30 A.M. A 5 P.M. SI TIENE PÉRDIDA AUDITIVA O DEL HABLA, PUEDE LLAMAR A NUESTRA LÍNEA TTY AL 888-757-6034.

Qué debe hacer cuando necesite servicios de atención de urgencia

Una condición médica urgente no es una emergencia, pero puede requerir atención médica rápida. Llame a su médico o a la Línea de Enfermería 24/7 si piensa que tiene una condición médica urgente.

Para más información sobre de servicios de atención de emergencia y urgencia, vea *Servicios médicos de emergencia* en la *Parte 4: Qué cubre Anthem*.

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Cuidado de seguimiento

Después de recibir servicios de atención de emergencia o urgencia, llame a su médico para recibir cuidado de seguimiento.

Servicios no cubiertos

Los servicios médicos proporcionados en un entorno de atención médica de emergencia o urgencia para condiciones que no sean emergencias o urgencias no están cubiertos bajo este plan. Usted será responsable por todos los cargos relacionados con estos servicios.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Parte 3 Cómo acceder al cuidado

Acceso físico

Anthem ha hecho todos los esfuerzos por garantizar que nuestras oficinas y los consultorios y centros de los proveedores de Anthem sean accesibles para los discapacitados. Si no puede localizar un proveedor accesible, llame a nuestro número de teléfono del Centro de Atención al Cliente o TTY y un representante del Centro de Atención al Cliente le ayudará a encontrar un proveedor alternativo que satisfaga sus necesidades.

Ayuda para miembros que no hablan inglés

Si usted no habla inglés y necesita ayuda durante su visita al médico, puede obtener ayuda en su idioma las 24 horas del día. Solo tiene que llamar a nuestro número gratuito del Centro de Atención al Cliente o a la línea TTY y pida un intérprete cara a cara o telefónico sin costo para usted. Conseguiremos a alguien que pueda hablar su idioma. Si necesita a alguien que le interprete mientras está en el consultorio de su médico, pídale a su médico que nos llame con 72 horas de anticipación. Nos complace ayudar. Sugerimos que use un intérprete que hable su idioma para que no tenga que usar a un familiar o un amigo para que le traduzca. Puede llamar a la Línea de Enfermería 24/7 si necesita que alguien le interprete después del horario de atención regular.

Si los servicios no son proporcionados en el idioma que usted pide, puede presentar una queja ante este plan médico. Para conocer más, vea la *Parte 8: Cómo resolver un problema con Anthem*.

Acceso para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla

Tenemos un número gratuito para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla (una línea TTY). El número para eso es **888-757-6034**. La línea TTY está abierta de 8:30 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes, y los fines de semana, llame al Servicio de Retransmisión de California al **711** para obtener la ayuda que necesita.

Acceso para miembros que tienen pérdida la visión

Los miembros que tienen pérdida de la visión pueden recibir esta EOC, las cartas y otros materiales importantes del plan en otros formatos tales como:

- Letra grande
- Formato de disco de computadora (CD)
- Braille
- CD de audio

Para obtener estos otros formatos o si necesita ayuda para leer esta EOC, las cartas u otros materiales del plan, llame al número de teléfono gratuito de nuestro Centro de Atención al Cliente o TTY. Si no recibe información escrita en el idioma que usted pide, puede presentar una queja ante este plan médico. Para conocer más, vea la *Parte 8: Cómo resolver un problema con Anthem*.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

La Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990

Anthem cumple con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA). Esta ley federal lo protege de ser tratado de forma distinta por su plan médico debido a que usted es discapacitado. La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 establece que ninguna persona discapacitada calificada deberá ser excluida, con base en su discapacidad, de la participación en cualquier programa o actividad que reciba o se beneficie de asistencia financiera federal, ni se le negarán los beneficios de, o de otra forma estará sujeta a, discriminación bajo dicho programa o actividad.

Reclamos por acceso para discapacitados

Si usted cree que Anthem o los proveedores de la red no han respondido a sus necesidades de acceso para discapacitados, puede presentar un reclamo ante Anthem llamando al nuestro número de teléfono del Centro de Atención al Cliente o TTY. Si su queja de acceso para discapacitados sigue sin resolverse, podría contactar al DHCS en:

**Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

Teléfono: 916-440-7370

Si tiene pérdida de la audición, podría llamar al Servicio de Retransmisión de California al **TTY 711**.

Correo electrónico: CivilRights@dhcs.ca.gov

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Parte 4 Qué cubre Anthem

Los beneficios descritos en esta EOC se aplican a los gastos cubiertos para tratamiento de una enfermedad, lesión o condición cubierta que ocurra mientras usted es miembro de este plan. Los servicios solo están cubiertos si son:

- Realizados o recetados por un proveedor que actúa dentro del alcance de su certificación
- Beneficios cubiertos
- Médicamente necesarios

Si tiene preguntas sobre lo que está cubierto, llame al número de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente o TTY.

Reclamaciones y Centro de Atención al Cliente

Para presentar reclamaciones médicas, envíe a Anthem un formulario completado de reclamación del miembro, una copia de los servicios prestados por el proveedor, sus recibos (u otros documentos que muestren prueba de pago) y prueba de necesidad médica a:

**Anthem Blue Cross
Major Risk Medical Insurance Program
P.O. Box 60007
Los Angeles, CA 90060-0007**

Puede solicitar un formulario de reclamación del miembro llamándonos. Para información sobre presentaciones de reclamaciones de recetas, consulte la *Parte 7: Cómo obtener medicamentos recetados*

Limitaciones de beneficios

Algunos de los servicios enumerados en esta sección tienen beneficios limitados, tales como limitaciones máximas de días o visitas (por ejemplo: servicios psiquiátricos para trastornos mentales o nerviosos). Usted será responsable por cualquier monto que exceda la limitación máxima de días o visitas. Los servicios relacionados con una condición preexistente, recomendados o recibidos en o dentro de tres meses después de su fecha de entrada en vigencia no están cubiertos a menos que este periodo de exclusión por condición preexistente sea exonerado o reducido al momento de la inscripción en este plan. El periodo de exclusión por condición preexistente puede ser reducido por cobertura acreditable. Vea la definición de cobertura acreditable en la *Parte 11: Definiciones*.

Los copagos y el coseguro son aplicados al deducible, con la excepción de servicios de cuidado preventivo.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Abuso de alcohol y drogas: paciente hospitalizado (aplica coseguro)

Requiere autorización previa

Cubrimos hospitalización para alcoholismo o abuso de drogas según sea médicamente apropiado para remover sustancias tóxicas del cuerpo.

Servicios de ambulancia (aplica coseguro)

Cubrimos servicios de emergencia brindados por una compañía de ambulancias certificada o una ambulancia aérea al primer hospital que lo acepte para atención de emergencia. Esto incluye servicios proporcionados mediante el sistema de emergencias 911.

Si piensa que está teniendo una emergencia médica, llame al **911**. Los cargos por la ambulancia, cuando sea solicitada mediante una llamada al 911, están cubiertos si usted cree razonablemente que existe una emergencia médica incluso si no es transportado a un hospital.

El transporte que no sea de emergencia para transferirse de un hospital a otro hospital o centro, o desde un centro a la casa, está cubierto siempre y cuando el servicio sea:

- Médicamente necesario
- Solicitado por un médico
- Autorizado por anticipado por Anthem

La cobertura está excluida para transporte por aerolínea, auto de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público.

Sangre y productos sanguíneos (aplica coseguro)

Cubrimos el procesamiento, almacenamiento y administración de sangre y productos sanguíneos en entornos para paciente internado y ambulatorio. Esto incluye la recolección y almacenamiento de sangre autóloga cuando sea médicamente indicado.

Ensayos clínicos sobre el cáncer (aplica coseguro)

Requiere autorización previa para cuidado de pacientes hospitalizados

Si usted tiene cáncer y es aceptado en un ensayo clínico sobre el cáncer de Fase I, Fase II, Fase III o Fase IV, entonces:

- Cubrimos todos los costos médicos de rutina relacionados con el ensayo clínico al igual que cualquier otra condición médica.
- Su médico debe referirlo al ensayo y nosotros debemos aprobar su participación también.
- El ensayo clínico debe ayudarlo a mejorar y no solo probar cuán enfermo está.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Usted debe ser atendido por un médico participante en California a menos que el ensayo clínico no sea ofrecido en un hospital de California o por un médico de California.
- Los beneficios están sujetos a cualquier copago aplicable.

Cuando un médico fuera de la red proporciona servicios cubiertos para un ensayo clínico, le pagaremos al médico unos cargos acordados por nosotros y el médico. Estos cargos están sujetos a los copagos aplicables; sin embargo, usted tendrá que pagar los cargos que excedan esas tasas.

Los medicamentos usados para tratar su enfermedad deben estar exentos bajo la reglamentación federal de una nueva solicitud de medicamento o estar aprobados por cualquiera de estas agencias:

- Institutos Nacionales de Salud
- La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
- El Departamento de Defensa de los Estados Unidos
- El Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos
- Cubrimos la mayoría de los servicios comunes no provistos por el ensayo clínico incluyendo servicios médicos que sean:
 - Proporcionados normalmente en ausencia de un ensayo clínico
 - Requeridos para obtener el medicamento, artículo, dispositivo o servicio de investigación
 - Requeridos para el monitoreo clínico apropiado del medicamento, artículo, dispositivo o servicio de investigación
 - Proporcionados para prevenir problemas médicos que podrían ocurrir por el uso del medicamento, artículo, dispositivo o servicio de investigación
 - Necesarios como resultado de proporcionar el medicamento, artículo, dispositivo o servicio de investigación, incluyendo encontrar o tratar complicaciones

No cubrimos:

- Medicamentos o dispositivos relacionados con el ensayo clínico que no hayan sido aprobados por la FDA
- Servicios no clínicos tales como costos de viajes, vivienda, acompañante o cualquier otro gasto no clínico incurrido como resultado del tratamiento que se está proporcionando en el ensayo clínico
- Cualquier artículo o servicio no usado para manejar su salud, tal como el que sea proporcionado únicamente para recopilación y análisis de datos
- Servicios proporcionados en el ensayo clínico que estén enumerados en la *Parte 6: Qué no cubre Anthem*
- Servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación sin costo para usted

Anteojos y lentes para cataratas (aplica coseguro)

Cubrimos anteojos para cataratas, lentes de contacto para cataratas o lentes intraoculares que reemplazan los lentes naturales de los ojos después de cirugía de cataratas. Un par de anteojos convencionales o lentes de contacto convencionales está cubierto si es necesario después de cirugía de cataratas con inserción de un lente intraocular.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Tratamiento para lesión dental (aplica coseguro)

Un médico (MD) o dentista (DDS o DMD) podría darle tratamiento para una lesión accidental a los dientes naturales o a su mandíbula si la lesión ocurre mientras usted está cubierto bajo este plan. Los servicios deben comenzar dentro de 90 días después de la fecha en que se lesiona o lo más pronto médicamente posible.

Cubrimos anestesia general y cargos asociados del centro en relación con procedimientos dentales realizados en un entorno de centro de cirugía cuando el estado clínico o la condición médica subyacente de un miembro requiere procedimientos dentales que ordinariamente no necesitarían anestesia general en un entorno de centro de cirugía.

Este beneficio está disponible solo para miembros menores de 7 años; personas con discapacidad del desarrollo, independientemente de la edad; y miembros cuya salud esté comprometida y para los cuales la anestesia general sea médicamente necesaria, independientemente de la edad. El daño a los dientes naturales causado por masticar o morder no es una lesión accidental y está excluido.

Tratamiento para la diabetes (aplica coseguro)

Cubrimos entrenamiento de autoadministración para la diabetes para miembros diagnosticados con diabetes. Esto incluye consejería nutricional y el uso apropiado de equipos y suministros para la diabetes.

Un profesional de cuidado médico o proveedor autorizado, registrado o certificado en California para proporcionar servicios médicos apropiados debe ofrecer el entrenamiento de autoadministración para la diabetes.

Autorizaremos entrenamiento adicional si un médico u otro profesional de cuidado médico diagnostica un cambio significativo en los síntomas o la condición del miembro calificado que requiere cambios en el régimen de autoadministración del miembro calificado.

También cubrimos educación continua periódica o episódica cuando es recetada por un profesional apropiado de cuidado médico según lo garantizado por el desarrollo de nuevas técnicas y tratamientos para la diabetes.

Los siguientes equipos y suministros para la diabetes están cubiertos:

- Monitores de glucosa, incluyendo monitores diseñados para ayudar a las personas que tienen pérdida de la visión
- Tiras reactivas para pruebas de glucosa en la sangre
- Bombas de insulina y todos los suministros relacionados necesarios
- Tiras reactivas para pruebas de acetona en la orina
- Lancetas y dispositivos para pinchar de lancetas y tiras reactivas usadas para monitorear la diabetes
- Sistemas tipo pluma para administrar insulina
- Dispositivos podológicos, tales como zapatos terapéuticos e insertos para zapatos, para prevenir y tratar complicaciones relacionadas con la diabetes

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Jeringas de insulina
- Ayudas visuales, excluyendo anteojos, para ayudar a las personas que tienen pérdida de la visión para que se apliquen las dosis apropiadas de insulina

Servicios de diagnóstico de radiografías y laboratorio (aplica coseguro)

Cubrimos servicios ambulatorios de diagnóstico de laboratorio, servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos y otros servicios de diagnóstico incluyendo, entre otros, medicina nuclear, ultrasonido, electrocardiografía y electroencefalografía.

Toda la radiología de alto costo, como tomografía computarizada (TC), resonancia magnética nuclear (RMN), angiografía por resonancia magnética (ARM), tomografía por emisión de positrones (TEP) y tomografía computarizada por emisión de un solo fotón (TCESF) requiere autorización previa, con la excepción de servicios prestados como parte de una emergencia.

Equipo médico duradero y suministros (aplica coseguro)

Cubrimos equipo médico apropiado para el uso en el hogar que tenga la intención de ser usado repetidamente, no sea generalmente útil para una persona que no está enferma o lesionada y que sirva principalmente para un propósito médico. Llámenos para obtener una lista de equipo médico duradero cubierto o si tiene una pregunta acerca de rentar o comprar equipo estándar.

Los siguientes equipos y suministros están cubiertos:

- Oxígeno y equipos para oxígeno
- Monitores de apnea
- Suministros pediátricos y de adultos para el asma tales como nebulizadores, mascarillas, tubos y suministros relacionados, dispositivos espaciadores para inhaladores de dosis medida y medidores de flujo máximo
- Suministros para ostomía
- Sondas urinarias y suministros
- Equipos y suministros médicos duraderos tales como sillas de ruedas o andadores
- Reparación o reemplazo, a menos que se necesite por uso inapropiado o pérdida

Todos los productos alimenticios especiales requieren autorización previa.

Servicios médicos de emergencia (aplica coseguro)

Una condición de emergencia es una condición médica o psiquiátrica con síntomas tan graves (incluyendo dolor intenso o trabajo de parto activo) que una persona común prudente (no un profesional médico) que tenga un conocimiento promedio de salud y medicina, podría pensar razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría:

- Poner su salud o la salud de su hijo no nacido en riesgo grave
- Causar deterioro grave a las funciones corporales
- Causar disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.

[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Si piensa que está teniendo una emergencia médica, debe llamar al 911.

Los siguientes servicios médicos de emergencia están cubiertos:

- Transporte de emergencia en ambulancia, incluyendo transporte proporcionado mediante el sistema de respuesta de emergencia 911
- Servicios en sala de emergencias
- Exámenes médicos y tratamiento psiquiátrico de emergencia
- Servicios hospitalarios, incluyendo servicios en un centro quirúrgico ambulatorio
- Servicios profesionales
- Suministros

Los servicios de emergencia están cubiertos tanto dentro como fuera del área de servicio del plan y en centros participantes o no participantes del plan. Fuera de su área de servicio, el tratamiento para emergencia incluye servicios necesitados con urgencia para evitar un deterioro grave de su salud resultante de enfermedad o lesión imprevista y el tratamiento no puede ser retrasado hasta que usted regrese a su área de servicio. Estos servicios necesitados con urgencia también serán cubiertos.

Los cargos por la ambulancia, cuando sea solicitada mediante una llamada al 911, están cubiertos si usted cree razonablemente que existe una emergencia médica incluso si no es transportado a un hospital.

Es importante que usted o su médico llamen a Anthem dentro de 48 horas (o tan pronto sea razonablemente posible) si usted es admitido a un hospital en una situación de emergencia.

Si la condición médica del miembro prohibió la transferencia a un centro participante dentro de 48 horas, el coseguro del miembro se mantendrá en 15 por ciento de los cargos o cargos facturados habituales y razonables, lo que sea menor, además de cualquier cargo por encima de los cargos habituales y razonables hasta que su condición médica permita la transferencia a un centro participante.

Los servicios médicos proporcionados en entornos de atención de emergencia o urgencia para condiciones que no sean ni una emergencia ni una urgencia no están cubiertos bajo este plan. Usted será responsable por todos los cargos relacionados con estos servicios.

Servicios de planificación familiar (aplica coseguro)

Los copagos para servicios de planificación familiar no se aplican para su deducible anual.

Los siguientes servicios de planificación familiar están cubiertos:

- Métodos anticonceptivos recetados aprobados por la FDA (Vea la *Parte 7: Cómo obtener medicamentos recetados*)
- Consejería de planificación familiar
- Servicios anticonceptivos, incluyendo anticoncepción de emergencia
- Esterilización, incluyendo ligadura de trompas y vasectomía

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Proveedores de países extranjeros (aplica coseguro)

Cubrimos todos los servicios de emergencia que recibe mientras está fuera del país, incluyendo transporte de emergencia en ambulancia; servicios de sala de emergencias; evaluación médica y tratamiento psiquiátrico de emergencia; servicios hospitalarios, incluyendo servicios en un centro quirúrgico ambulatorio; servicios profesionales; suministros y medicamentos recetados.

Fuera de su área de servicio, el tratamiento para emergencia incluye servicios necesitados con urgencia para evitar un deterioro grave de su salud resultante de enfermedad o lesión imprevista y el tratamiento no puede ser retrasado hasta que usted regrese a su área de servicio. Estos servicios necesitados con urgencia también serán cubiertos.

Los servicios médicos proporcionados en entornos de atención médica de emergencia o urgencia para condiciones que no sean emergencias o urgencias no están cubiertos bajo este plan. Usted será responsable por todos los cargos relacionados con estos servicios.

Si está viajando fuera de los Estados Unidos y necesita servicios de atención de emergencia o urgencia, usted tal vez tenga que pagar la factura y luego le haremos un reembolso. Pídale al proveedor una factura detallada (escrita en inglés). Usted es responsable, a cuenta propia, por la obtención de una traducción al idioma inglés de la factura y cualquier registro médico que pueda ser requerido. Envíe la reclamación y los registros médicos a:

Anthem Blue Cross
Major Risk Medical Insurance Program
P.O. Box 60007
Los Angeles, CA 90060-0007

Cuidado médico en el hogar (aplica coseguro)

Requiere autorización previa

Cubrimos los servicios médicos proporcionados en el hogar por parte de personal de cuidado médico. Esto incluye visitas de enfermeros registrados, enfermeros vocacionales certificados y asistentes de cuidado médico en el hogar; terapeutas físicos, ocupacionales y del habla; y terapia respiratoria cuando sea recetada por un profesional certificado que actúa dentro del alcance de su certificación.

Los servicios de cuidado médico en el hogar están limitados a aquellos servicios que sean recetados o dirigidos por el médico tratante u otra autoridad apropiada designada por Anthem.

Si un servicio básico de cuidado médico puede ser proporcionado en más de un entorno médicamente apropiado, está dentro de la discreción del médico tratante u otra autoridad apropiada elegida por Anthem decidir sobre el entorno para ese cuidado. Anthem ejercerá administración de casos médicos prudente para garantizar que el cuidado apropiado sea brindado en el entorno apropiado.

La administración de casos médicos puede incluir la consideración de si o no un servicio o entorno en especial es costo-efectivo cuando hay una opción entre varios servicios o entornos alternativos médicamente apropiados.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Hospicio (aplica coseguro)

Requiere autorización previa

Esta cobertura es para una persona que tenga una enfermedad terminal o una afección terminal y no se espera que viva por más de 12 meses si la enfermedad o afección sigue su curso natural.

Los servicios para enfermos terminales significan cuidado paliativo y cuidado para aliviar incomodidad física, emocional, social y espiritual para un paciente en las últimas etapas de vida si el paciente tiene una enfermedad o afección terminal. Estos servicios también incluyen cuidado de apoyo para el cuidador primario del paciente y la familia del paciente. Solo una entidad certificada bajo la Ley de Certificación de Hospicio de California de 1990, o una agencia certificada de cuidado médico en el hogar con certificación de Medicare, podría brindar servicios para enfermos terminales; sin embargo, el hospicio podría coordinar con personas certificadas apropiadamente u otras entidades para brindar servicios para enfermos terminales.

Si usted elige servicios para enfermos terminales para una enfermedad o afección terminal, también tendrá derecho a servicios de su médico tratante, si él o ella no es empleado del hospicio y a servicios proporcionados mediante el hospicio. Si hace una elección de hospicio, podría revocarla en cualquier momento.

Los servicios para enfermos terminales incluyen los siguientes servicios específicos:

- Cuidado de equipo interdisciplinario con desarrollo y mantenimiento de un plan de cuidado apropiado
 - Un equipo interdisciplinario es un equipo de cuidado para enfermos terminales que incluye al paciente, la familia del paciente, un médico, un enfermero registrado, un trabajador social, un voluntario y un cuidador espiritual
 - Un plan de cuidado es un plan escrito que atiende las necesidades del paciente y las necesidades de la familia admitida al programa de hospicio
- Servicios de enfermería especializada, servicios de asistente de cuidado médico en el hogar certificado y servicios de tareas domésticas bajo la supervisión de un enfermero registrado calificado incluyendo:
 - Servicios paliativos de apoyo requeridos por un paciente con una enfermedad o afección terminal
 - Valoración, evaluación y administración de casos de las necesidades de enfermería médica del paciente, la realización de tratamiento médico recetado para control de dolor y síntomas, apoyo emocional para el paciente y su familia y la instrucción de cuidadores para proporcionar cuidado personal al paciente
 - Servicios de asistente de cuidado médico en el hogar proporcionados para el cuidado personal de un paciente con enfermedad terminal y las tareas relacionadas en el hogar del paciente bajo el plan de cuidado para aumentar el nivel de comodidad y mantener la higiene personal y un entorno seguro y sano para el paciente
 - Servicios de tareas domésticas para mantener un entorno seguro y sano para el paciente y para ayudar al paciente a realizar el plan de tratamiento

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Servicios de duelo para los familiares sobrevivientes del paciente por al menos un año después de la muerte del paciente
- Servicios sociales/servicios de consejería, incluyendo servicios espirituales, para ayudar al paciente y a su familia a reducir el estrés y los problemas, maximizar los aspectos positivos y proporcionar oportunidades para crecimiento
- Recursos comunitarios apropiados y consejería nutricional son proporcionados según la necesidad
- Dirección/consulta médica por parte de un médico con el equipo interdisciplinario y el médico tratante del paciente con respecto al control del dolor y los síntomas (Este médico también actuará como enlace con otros médicos en la comunidad).
- Servicios voluntarios proporcionados por voluntarios de hospicio entrenados para brindar apoyo y acompañamiento al paciente y su familia durante los días restantes de la vida del paciente y a la familia del paciente después de su muerte
- Cuidado a corto plazo para pacientes hospitalizados
- Medicamentos recetados y equipo médico duradero y suministros, hasta el grado razonable y necesario para la paliación y manejo de la enfermedad o afección terminal y las condiciones relacionadas
- Terapia física, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y lenguaje para el control de síntomas o para permitirle al paciente mantener actividades de la vida diaria y habilidades básicas funcionales

Anthem pondrá a disposición los servicios para enfermos terminales las 24 horas del día hasta el grado necesario para satisfacer las necesidades de personas de cuidado que sea razonable y necesario para la paliación y manejo de la enfermedad o afección terminal y las condiciones relacionadas.

Durante un periodo de crisis, en el cual un paciente requiere cuidado continuo para lograr la paliación o el manejo de síntomas médicos agudos, Anthem:

- Pondrá a disposición cuidado de enfermería de manera continua las 24 horas al día durante periodos de crisis según sea necesario para mantener al paciente en casa
- Cubrirá arreglos de cuidado de pacientes hospitalizados de corto plazo cuando el equipo interdisciplinario decida que se requiere cuidado especializado de enfermería para paciente hospitalizado que no pueda ser proporcionado en el hogar
- Cubrirá servicios de tareas domésticas o asistente de cuidado médico en el hogar, o ambos, las 24 horas del día, pero el cuidado proporcionado durante estos periodos debe ser predominantemente cuidado de enfermería

Anthem también pondrá a disposición cuidado de relevo. Esto significa cuidado de pacientes hospitalizados de corto plazo solo cuando sea necesario para relevar a los miembros de la familia u otras personas que cuidan al paciente. Anthem pondrá a disposición el cuidado de relevo solo de manera ocasional y por no más de cinco días consecutivos a la vez.

Servicios hospitalarios (aplica coseguro)

Anthem tiene contrato con la mayoría de los hospitales en California. Sin embargo, los beneficios no son proporcionados para cuidado brindado en los pocos hospitales que no tienen contrato con Anthem,

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

excepto en una emergencia médica. El listado de proveedores de Prudent Buyer de Anthem tiene los hospitales que participan con nosotros. En una emergencia, usted puede ir a cualquier hospital sin un visto bueno de Anthem. Todos los otros servicios hospitalarios para pacientes internados y cierto cuidado ambulatorio requieren un visto bueno de nosotros. Usted no necesita un visto bueno de Anthem para un parto, una mastectomía o cirugía reconstructiva relacionada con una mastectomía.

Servicios hospitalarios: paciente internado (aplica coseguro)

Requiere autorización previa

Los servicios para paciente internado deben ser los que se proporcionan y facturan habitualmente por un hospital.

Los siguientes servicios hospitalarios para pacientes internados están cubiertos:

- Una habitación semiprivada, incluyendo suministros y equipos habituales, o una habitación privada cuando sea médicamente necesario
- Cuidado en unidades especiales
- Salas de operación, salas de parto y salas para tratamiento especial
- Suministros y servicios tales como laboratorio, cardiología, patología y radiología
- Servicios de diagnóstico de laboratorio y radiografía
- Medicamentos y medicinas que le da el hospital durante su estadía, incluyendo oxígeno
- Transfusiones de sangre, incluyendo productos sanguíneos
- Radioterapia, quimioterapia y tratamiento de diálisis
- Comidas y dietas especiales según sea médicamente necesario
- Cuidado de enfermería general y enfermería privada según sea médicamente necesario
- Productos biológicos, productos sanguíneos y anestesia
- Terapia respiratoria, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y otros diagnósticos, servicios terapéuticos y de rehabilitación según sean apropiados
- Cuidado de pacientes hospitalizados en relación con procedimientos dentales cuando se requiera hospitalización debido a una condición médica subyacente y el estado clínico o debido a la gravedad del procedimiento dental
- Anestesia general y cargos asociados del centro en relación con procedimientos dentales cuando la hospitalización sea necesaria debido a una condición médica subyacente o el estado clínico o debido a la gravedad del procedimiento dental (solo disponible para miembros menores de siete años; personas con discapacidad del desarrollo, independientemente de la edad; y miembros cuya salud esté comprometida y para los cuales la anestesia general sea médicamente necesaria, independientemente de la edad)
- Coordinación de planificación del alta hospitalaria, incluyendo la planificación de dicho cuidado continuo según pueda ser necesario
- Extremidades u ojos artificiales
- Implantes quirúrgicos para marcapasos y accesorios para arreglar fracturas

Los beneficios no están cubiertos cuando sean proporcionados en un hospital no contratante dentro de California, excepto en una emergencia médica.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Servicios hospitalarios: paciente ambulatorio (aplica coseguro)

Requiere autorización previa para algunos servicios

Los siguientes servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios están cubiertos:

- Uso de la sala de emergencias
- Salas de operación y salas para tratamiento
- Todas las cirugías en un centro quirúrgico ambulatorio
- Servicios hospitalarios que puedan ser proporcionados razonablemente de forma ambulatoria, incluyendo suministros y servicios relacionados tales como laboratorio, cardiología, patología y radiología
- Medicamentos y medicinas que le da el hospital durante su estadía, incluyendo oxígeno
- Transfusiones de sangre, incluyendo productos sanguíneos
- Servicios en relación con procedimientos dentales cuando el uso de un hospital o centro ambulatorio sea requerido debido a una condición médica subyacente o el estado clínico o debido a la gravedad del procedimiento dental
- Anestesia general y cargos asociados del centro y servicios ambulatorios en relación con procedimientos dentales cuando el uso de un hospital o centro quirúrgico sea necesario debido a una condición médica subyacente o el estado clínico o debido a la gravedad del procedimiento dental (solo disponible para miembros menores de siete años; personas con discapacidad del desarrollo, independientemente de la edad; y miembros cuya salud esté comprometida y para los cuales la anestesia general sea médicamente necesaria, independientemente de la edad)
- Radioterapia, quimioterapia, tratamiento de diálisis y transfusiones de sangre
- Vendajes, yesos y uso de la sala de enyesado, anestesia y servicios de oxígeno cuando sea médicamente necesario

Los beneficios no están cubiertos cuando sean proporcionados en un hospital no contratante o centro de tratamiento de diálisis no contratante en California, excepto en una emergencia médica.

Terapia de infusión (aplica coseguro)

Requiere autorización previa

Si los servicios son realizados en el hogar, esos servicios deben ser facturados y realizados por un proveedor certificado bajo las leyes estatales y locales.

Un curso de terapia está definido como terapia de infusión recetada por un médico autorizada bajo revisión previa al servicio por Anthem por un periodo de 90 días o menos.

La siguiente terapia puede ser proporcionada si es médicamente necesaria:

- Medicamentos y otras sustancias usadas en terapia de infusión
- Servicios profesionales para ordenar, preparar, dispensar, entregar, administrar o monitorear (incluyendo apoyo de farmacia clínica) cualquier medicamento u otras sustancias usadas en un curso de terapia

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Todos los suministros duraderos y reutilizables necesarios y equipo médico duradero incluyendo, entre otros, bombas, postes y monitores eléctricos

Los servicios cubiertos no incluirán cargos por hacer compuestos (cargos por mezclar o diluir medicamentos, medicinas o soluciones) o suministros incidentales (artículos desechables, tales como hisopos, tubos, jeringas y agujas para medicamentos, vendajes y kits de inicio para intravenosas) cuando sean suministrados por un proveedor no participante.

Estos servicios y suministros están cubiertos cuando sean suministrados por un proveedor participante, pero ningún beneficio aparte será pagado por aquellos servicios o suministros debido a que su costo está incluido en los cargos del proveedor participante por medicamentos y otros servicios cubiertos. Los suministros o equipos médicos usados en terapia de infusión no son reembolsados bajo ningún otro beneficio de este plan.

Servicios médicos mentales: paciente internado (aplica coseguro)

Los siguientes servicios médicos mentales están cubiertos cuando sean proporcionados en un hospital participante y cuando sean ordenados y realizados por un profesional de salud mental participante.

Servicios médicos mentales

- Servicios para enfermedades que no cumplen con los criterios para enfermedad mental grave (SMI) o trastorno emocional grave (SED)

Limitaciones:

10 días por año calendario

Enfermedad mental grave (SMI)

Servicios médicos mentales para pacientes internados para el tratamiento de enfermedad mental grave. SMI incluye:

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno bipolar (enfermedad maniaco-depresiva)
- Trastornos depresivos graves
- Trastorno de pánico
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno generalizado del desarrollo o autismo
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa

Limitaciones:

Días ilimitados

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Trastorno emocional grave (SED)

Limitaciones:

Días ilimitados

Servicios médicos mentales: paciente ambulatorio (aplica coseguro)

Servicios médicos mentales cuando sean ordenados y realizados por un proveedor de salud mental participante.

Servicios médicos mentales

- Servicios para enfermedades que no cumplen con los criterios para enfermedad mental grave (SMI) o trastorno emocional grave (SED)
- Diagnóstico y tratamiento de una condición de salud mental

Limitaciones:

15 visitas por año calendario

Enfermedad mental grave (SMI)

Servicios médicos mentales para pacientes ambulatorios para el tratamiento de enfermedad mental grave. SMI incluye:

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno bipolar
- Trastornos depresivos graves
- Trastorno de pánico
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno generalizado del desarrollo o autismo
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa

Limitaciones:

Visitas ilimitadas

Trastorno emocional grave (SED)

Servicios médicos mentales para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de SED.

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

SED se refiere a cualquier trastorno mental (en un niño menor de 18 años) que afecta gravemente el funcionamiento social, académico y emocional. Se considera que un niño tiene SED si su conducta inapropiada no es resultado de drogas o abuso de alcohol o sustancias o un trastorno del desarrollo.

Para determinar si un niño tiene SED, debe cumplir con uno o más de los siguientes criterios:

1. Tiene dificultades sustanciales en al menos dos de las siguientes áreas: cuidado personal, funcionamiento escolar, relaciones familiares o la capacidad de funcionar en la comunidad y ocurre alguna de las siguientes situaciones:
 - i. El niño está en riesgo de ser retirado del hogar o ya ha sido retirado; o
 - ii. La condición de salud mental ha estado presente por más de seis meses o es probable que continúe por más de un año si no se la trata.
2. Muestra señales de conducta psicótica, riesgo de suicidio o riesgo de violencia, los cuales están relacionados con el trastorno mental
3. Cumple con requisitos especiales de elegibilidad educativa no relacionados con trastornos del desarrollo.

Limitaciones:

Visitas ilimitadas

Dispositivos ortopédicos y prótesis (aplica coseguro)

Cubrimos dispositivos de prótesis y ortopédicos originales y de reemplazo médicamente necesarios según sean recetados por un profesional certificado (médico, cirujano, podólogo o quiropodista) que actúe dentro del alcance de su certificación.

Cubrimos los siguientes servicios ortopédicos y de prótesis:

- Instalación de accesorios para restaurar un método de hablar relacionado con una laringotomía
- Calzado terapéutico para diabetes incluyendo dispositivos podológicos tales como órtesis para el pie, almohadillas para el pie e insertos para el pie
- Calzado terapéutico para miembros con desfiguración del pie causada por (incluyendo, entre otros) parálisis cerebral, artritis, polio, espina bífida o diabetes
- Calzado terapéutico incluyendo dispositivos podológicos médicamente necesarios tales como órtesis para el pie, almohadillas para el pie e insertos para el pie para miembros con desfiguración del pie causada por un accidente o una discapacidad del desarrollo
- Dispositivos ortopédicos tales como refuerzo y/o apoyo para la espalda, soportes y yesos
- Dispositivos prostéticos para restaurar y lograr simetría después de una mastectomía (incluyendo, entre otros lumpectomía)

No cubrimos dispositivos no rígidos tales como soportes elásticos para rodillas, fajas, medias elásticas o ligueros; aparatos dentales; máquinas productoras de voz electrónica o más de un dispositivo para la misma parte del cuerpo. Tampoco cubrimos anteojos (excepto por anteojos o lentes de contacto necesarios después de cirugía de cataratas).

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.

[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Terapia física, ocupacional y del habla (aplica coseguro)

Cubrimos rehabilitación médica y los servicios de terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos y terapeutas del habla según sean médicamente apropiados de manera ambulatoria.

Atención del embarazo y la maternidad (aplica coseguro)

Nota: Esta descripción del beneficio cubierto para atención del embarazo no se aplica al deducible anual.

Información de cobertura:

- Su bebé recién nacido estará cubierto bajo el beneficio de la madre durante el tiempo que la madre permanezca en un hospital después de un parto de rutina; 48 horas para un parto vaginal, 96 horas para una cesárea. **Su bebé recién nacido no estará cubierto después de este tiempo.**
- Su bebé recién nacido no estará cubierto si usted ha agotado su beneficio máximo anual.
- Usted podría inscribir a su recién nacido en el MRMIP contactando a la Unidad del Inscripción del MRMIP al **800-289-6574** dentro de 60 días del nacimiento del bebé.
- Si su bebé recién nacido requiere una hospitalización médicamente necesaria durante sus primeros 60 días de vida, cubriremos al bebé recién nacido solo si usted ha inscrito al bebé recién nacido en el MRMIP. No cubriremos la hospitalización si usted no inscribe al bebé recién nacido en el MRMIP antes del vencimiento del periodo de 60 días.

Cubrimos los siguientes servicios para la atención del embarazo y la maternidad:

- Los servicios de un médico, cirujano, enfermera-partera certificada o enfermero especializado
- Visitas al médico y todos los servicios profesionales médicamente necesarios para el embarazo incluyendo prenatal, postnatal y complicaciones del embarazo
- Pruebas prenatales conocidas como el programa ampliado de alfa-fetoproteína administrado por el Departamento de Salud Pública de California
- Servicios hospitalarios
- Exámenes para el recién nacido y atención infantil mientras la madre está hospitalizada, incluyendo visitas del recién nacido al hospital y pruebas de fenilcetonuria (PKU)
- Parto normal y cesáreas
- Complicaciones del embarazo
- Pruebas genéticas antes del nacimiento de su bebé
- Circuncisión después del nacimiento y a solicitud de los padres cuando sea realizada por un proveedor de cuidado médico

La madre y su bebé recién nacido tienen derecho a cobertura de hospital para pacientes internados por un periodo de no menos de 48 horas después de un parto normal y no menos de 96 horas después de un parto por cesárea. La decisión de dar de alta a la madre y al recién nacido antes del periodo de tiempo de 48 o 96 horas solo puede ser tomada por el médico tratante en consulta con la madre. Si la madre es dada de alta antes, entonces la madre y el bebé recién nacido estarán cubiertos para una visita de seguimiento después del alta dentro de 48 horas de la alta cuando sea recetada por el médico tratante.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Medicamentos recetados (aplica copago o coseguro)

Las recetas cubiertas incluyen:

- Recetas y recetas dentales ordenadas por un médico porque son médicamente necesarias
- Vitaminas prenatales y vitaminas con fluoruro
- Insulina y jeringas para insulina
- Glucagón
- Lancetas y tiras reactivas para el monitoreo de la diabetes
- Medicamentos anticonceptivos orales recetados para control de natalidad (Si su médico determina que los medicamentos anticonceptivos orales no son médicamente apropiados, se proporcionará cobertura para otro método anticonceptivo aprobado por la FDA, con nuestra autorización previa).
- Anticoncepción de emergencia
- Fórmulas y productos alimenticios especiales recetados por un médico o un enfermero especializado para el tratamiento de fenilcetonuria (PKU)
- Las fórmulas y los productos alimenticios especiales no cubiertos bajo sus beneficios de recetas están cubiertos bajo sus beneficios médicos
- Medicamentos autoinyectables al igual que las agujas y jeringas necesarias para administrarlos
- Los medicamentos inyectables en el consultorio, las agujas y jeringas no cubiertos bajo sus beneficios de recetas están cubiertos bajo sus beneficios médicos
- Todas las recetas compuestas que no sean de infusión que contengan al menos un ingrediente recetado cubierto

El tratamiento de la impotencia y/o disfunción sexual debe ser médicamente necesario y la documentación de un diagnóstico confirmado de disfunción eréctil debe ser presentada a Anthem para su revisión. Los medicamentos y las medicinas para el tratamiento de impotencia y/o disfunción sexual están limitados a seis tabletas/unidades por periodo de 30 días (no cubierto bajo el programa de pedido por correo).

Cuidado preventivo (aplica coseguro)

Nota: Esta descripción del beneficio cubierto para cuidado preventivo no se aplica al deducible anual.

Cubrimos cuidado preventivo integral para adultos y niños. El cuidado preventivo integral de niños es consistente con la versión más actualizada de las *Recomendaciones para Cuidado Médico Pediátrico Preventivo* según fueron adoptadas por la Academia Estadounidense de Pediatría y la versión más actualizada del *Programa Recomendado de Vacunación Infantil/Estados Unidos*, adoptado conjuntamente por la Academia Estadounidense de Pediatría, el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación y la Academia Estadounidense de Médicos de Familia. Los servicios de cuidado preventivo integral para adultos y niños incluyen vacunaciones al igual que evaluaciones médicas periódicas y servicios de laboratorio en relación con los mismos.

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Cubrimos los siguientes servicios médicos preventivos cuando sean brindados bajo la supervisión de un médico (Esto incluye servicios para la detección de enfermedades asintomáticas):

- Exámenes de mamas y mamografías
- Papanicolaous, exámenes pélvicos y pruebas de detección del cáncer de ovarios y el cuello uterino
- Prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH)
- Prueba del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- Exámenes de la próstata para hombres
- Una variedad de servicios de planificación familiar voluntarios
- Pruebas de sangre para recién nacidos
- Atención prenatal (cuidado durante el embarazo)
- Consultas de control del bebé y control médico pediátrico
- Pruebas de la visión y audición para niños
- Vacunaciones para niños consistentes con la versión más actualizada del Programa Recomendado de Vacunación Infantil/Estados Unidos adoptado conjuntamente por la Academia Estadounidense de Pediatría, la Academia Estadounidense de Médicos de Familia, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP). Esto incluirá vacunaciones necesarias para viajes según lo recomendado por el ACIP.
- Vacunaciones para adultos según lo recomendado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, los CDC y el ACIP. Esto incluirá vacunaciones necesarias para viajes según lo recomendado por el ACIP.
- Pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Exámenes de citología
- Educación sobre salud incluyendo información sobre conducta médica personal y cuidado médico, al igual que recomendaciones acerca del uso opcional de servicios de cuidado médico proporcionados por Anthem o por organizaciones de cuidado médico afiliadas a nosotros
- Programas de manejo de enfermedades para asma, diabetes, cardiovascular y prenatal

Limitaciones

La frecuencia de los exámenes médicos periódicos no será aumentada por motivos que no estén relacionados con las necesidades médicas del miembro, incluyendo el deseo de un miembro de exámenes médicos adicionales; o informes o servicios relacionados para fines de obtener o mantener el empleo, autorizaciones, seguro o autorización para deportes escolares.

Servicios profesionales: visita al consultorio del médico (aplica copago o coseguro)

Cubrimos los siguientes servicios profesionales:

- Servicios de un médico, en persona o por telesalud, si está disponible
- Servicios dentro del alcance de certificación de un anestesista, un asistente médico, un enfermero especializado u otro enfermero de práctica avanzada

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Servicios de diagnóstico de radiología y laboratorio ambulatorios que no tengan relación con servicios de cuidado preventivo (Estos servicios están sujetos al deducible anual).
- Visitas al consultorio para problemas de salud o lesiones (Esto incluye pruebas y tratamientos para alergias, cuidado respiratorio para problemas de respiración y otras visitas a un especialista).
- Mamografías cuando sean ordenadas por su médico, enfermero especializado certificado o enfermera-partera certificada que no tengan relación con servicios de cuidado preventivo (Estos servicios están sujetos al deducible anual).
- Estudio de antígeno específico de la próstata (PSA) y la visita al consultorio relacionada con la realización de ese examen cuando sea ordenado por su médico que no tenga relación con servicios de cuidado preventivo (Estos servicios están sujetos al deducible anual).
- Exámenes de citología de manera periódica razonable que no tengan relación con servicios de cuidado preventivo (Estos servicios están sujetos al deducible anual).
- Cirugía, asistente de cirugía y anestesia (paciente internado y ambulatorio)
 - Esto incluye cirugía reconstructiva, a menos que exista una opción mejor o la cirugía solo haría una pequeña mejora.
 - Estos servicios requieren autorización previa para cuidado hospitalario para pacientes internados (excepto para parto, mastectomía o cirugía reconstructiva secundaria a la mastectomía).
- Radioterapia, quimioterapia, tratamiento de diálisis y transfusiones de sangre
- Servicios profesionales para paciente internado brindados en un hospital, hospicio o centro de salud mental certificado
- Estudios genéticos y procedimientos de diagnóstico para tratar una enfermedad hereditaria
- Medicamentos y medicinas que le da el médico durante su visita
- Pruebas de detección del cáncer de mama, cuello uterino y de ovarios y la visita al consultorio relacionada con la realización de esas pruebas cuando sean ordenadas por su médico, enfermero especializado registrado o enfermera-partera certificada (Estos servicios están sujetos al deducible anual).
 - Las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino incluyen la nueva prueba de VPH cuando no está en relación con servicios de cuidado preventivo.
 - Con una referencia de su médico, enfermero especializado registrado o enfermera-partera certificada usted puede obtener cualquier otra prueba de detección del cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA, tal como el Papanicolaou.

Servicios de telesalud

La telesalud es una forma de obtener servicios sin estar en la misma ubicación física que su proveedor. La telesalud podría implicar hablar en vivo con su proveedor. O la telesalud podría implicar compartir información con su proveedor sin hablar en vivo. Puede recibir muchos servicios a través de telesalud. Sin embargo, la telesalud podría no estar disponible para todos los servicios cubiertos. Puede contactar a su proveedor para conocer qué tipos de servicios podrían estar disponibles a través de telesalud. Es importante que tanto usted como su proveedor estén de acuerdo en que la utilización de telesalud para un servicio en particular es apropiada para usted. Usted tiene derecho a servicios en persona y no se requiere que utilice telesalud incluso si su proveedor está de acuerdo en que es apropiada para usted.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.

[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Proveedor de telesalud corporativo externo

Un “Proveedor de telesalud corporativo externo” se define como una empresa contratada directamente por un plan que proporciona servicios médicos exclusivamente a través de una plataforma tecnológica de telesalud y no tiene ubicación física en la cual un paciente puede recibir servicios.

Usted tiene la disponibilidad de recibir el servicio en persona o por telesalud, si está disponible, de parte de su proveedor de atención primaria, especialista tratante o de otro profesional médico individual contratado, clínica contratada o centro médico contratado consistente con el servicio y los estándares existentes de puntualidad y acceso geográfico.

Al acceder a servicios a través de un proveedor de telesalud corporativo externo, aplica lo siguiente:

- a. usted tiene derecho a acceder a sus registros médicos;
- b. que el registro de cualquier servicio que le proporcionen a través de un proveedor de telesalud corporativo externo deberá ser compartido con su proveedor de atención primaria, a menos que el inscrito lo objete; y
- c. que todos los servicios recibidos a través de un proveedor de telesalud corporativo externo están disponibles a costos compartidos dentro de la red y los costos compartidos se acumularán para cualquier deducible correspondiente o máximo de gastos de bolsillo.

Si tiene cobertura para beneficios fuera de la red, un recordatorio de la disponibilidad de recibir el servicio ya sea mediante telesalud o en persona usando sus beneficios fuera de la red y la obligación de costos compartidos para beneficios fuera de la red comparado con beneficios dentro de la red y protecciones contra facturación del saldo para servicios recibidos de proveedores contratados.

Si está recibiendo actualmente servicios especializados de telesalud para una condición de salud mental o conductual, tiene la opción de continuar recibiendo servicios especializados de telesalud para una condición de salud mental o conductual con ese profesional de salud individual contratado, clínica contratada o centro contratado, en lugar de recibir servicios mediante el proveedor de telesalud externo.

Anthem requiere que los proveedores obtengan su consentimiento para servicios prestados por proveedores de telesalud corporativos externos.

Proveedores fuera de California: programa Blue Card (aplica copago o coseguro)

La Blue Cross and Blue Shield Association, de la cual Anthem es miembro y licenciataria independiente, administra un programa llamado el programa Blue Card. Este programa permite que nuestros miembros tengan el uso recíproco de proveedores participantes que tengan contrato con otros planes de Blue Cross y/o Blue Shield. Si tiene alguna pregunta o queja acerca del programa Blue Card, llame a nuestro número de teléfono gratuito del Centro de Atención al Cliente o TTY.

Si está viajando fuera de California y requiere cuidado o tratamiento médico, podría usar un proveedor participante local de Blue Cross y/o Blue Shield. Si usa uno de estos proveedores, sus gastos de su bolsillo podrían ser menores que los incurridos al usar un proveedor que no participa con un plan local de Blue Cross y/o Blue Shield. Con el fin de que usted reciba acceso a cualquier reducción en gastos de bolsillo que pueda estar disponible, debemos regirnos por las normas del programa Blue Card según lo

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.

[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

establecido por la Blue Cross and Blue Shield Association. Cuando obtiene servicios médicos mediante el programa Blue Card fuera de California, el monto que paga por servicios cubiertos es calculado sobre el menor de los cargos facturados para sus servicios cubiertos o el precio negociado que el plan Blue Cross y/o Blue Shield (Host Blue) del lugar nos pase.

A menudo, el precio negociado constará de un descuento simple que refleje el precio real pagado por el Host Blue. Pero a veces es un precio estimado que se incluye en el cálculo de los acuerdos esperados del precio real, retiene, cualquier otro acuerdo de pago contingente y transacciones que no sean de reclamación con su proveedor de cuidado médico o con un grupo de proveedores específicos de cuidado médico. El precio negociado también podría ser cargos facturados reducidos para reflejar un ahorro promedio con su proveedor de cuidado médico o con un grupo específico de proveedores. El precio que refleja ahorros promedio podría resultar en una mayor variación (más o menos) del precio real pagado que lo hará el precio estimado. El precio negociado también será ajustado en el futuro para corregir infraestimación o sobreestimación de precios pasados; sin embargo, el monto que usted paga es considerado el precio final. Los estatutos de un pequeño número de estados pueden requerir que el Host Blue utilice una base para calcular la obligación del suscriptor para servicios cubiertos que no refleje todos los ahorros obtenidos o que se espera obtener, en una reclamación en especial o para añadir un sobrecargo. En caso de que algún método de cálculo de obligación del suscriptor autorizado por el estado difiera del método usual del programa Blue Card anotado en el párrafo anterior o requiera un sobrecargo, entonces calcularíamos su obligación para cualquier servicio médico cubierto de conformidad con el estatuto aplicable del estado en vigencia al momento en que recibió su cuidado.

Hay varios tipos de proveedores del programa Blue Card, incluyendo los siguientes:

- **Proveedores de PPO:** Estos son principalmente hospitales y médicos que participan en una red de Blue Card PPO y han acordado proporcionar a los miembros de PPO servicios médicos a una tarifa rebajada que por lo general es más baja que la tasa acordada por proveedores tradicionales.
- **Proveedores tradicionales:** Estos son proveedores que podrían no participar en una red de Blue Card PPO, pero han acordado proporcionar a los miembros de PPO servicios médicos a tarifas rebajadas.
- **Proveedores no participantes:** Estos son proveedores que no tienen un contrato con su plan local de Blue Cross y/o Blue Shield y no han aceptado las tarifas negociadas de proveedores de Blue Card PPO o tradicionales. Para ubicar un proveedor de Blue Card PPO o tradicional cuando esté fuera de California, llame al **800-810-BLUE (2583)** o vaya al sitio web Blue Card en bcsb.com y seleccione “Find a Doctor (Encontrar un doctor)”. Si está de viaje fuera de los EE. UU., en casos de emergencia únicamente, llame al **800-810-BLUE** para obtener información sobre proveedores que podrían participar en el programa Blue Card internacional.

Cirugía reconstructiva (aplica coseguro)

Servicios de cirugía reconstructiva médicamente necesarios realizados en estructuras anormales del cuerpo causadas por disforia de género, defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, y que se llevan a cabo para mejorar la función o para crear una apariencia normal en la medida de lo posible. Este beneficio incluye cirugía reconstructiva para restaurar y lograr simetría después de una mastectomía (incluyendo, entre otros, lumpectomía).

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

La cirugía reconstructiva también incluye servicios dentales o de ortodoncia médicamente necesarios que sean parte integral de cirugía reconstructiva para procedimientos o servicios para paladar hendido.

Limitaciones

No cubrimos cirugía cosmética para alterar o cambiar la forma normal de estructuras del cuerpo o para mejorar la apariencia.

Mastectomías, disecciones de nódulo linfático y linfedema (aplica coseguro)

Cubrimos los siguientes servicios:

- Dispositivos protésicos o cirugía reconstructiva, incluyendo dispositivos o cirugía para restaurar y lograr simetría relacionada con una mastectomía (incluyendo, entre otros, lumpectomía)
- Todas las complicaciones de una mastectomía, incluyendo linfedema

No requerimos autorización previa para determinar la duración de su hospitalización después de una mastectomía o disección de nódulo linfático.

Dejar de fumar (aplica coseguro)

Pagaremos \$50 por miembro de por vida para cualquier programa para dejar de fumar. Los medicamentos recetados para ayudar a dejar de fumar, tales como Nicorette o parches de nicotina, están cubiertos bajo su beneficio médico.

Trasplantes (aplica coseguro)

Requiere autorización previa

Cubrimos los siguientes servicios de trasplante:

- Trasplantes de órganos humanos y no humanos (córnea, corazón humano, corazón-pulmón, hígado y riñón) y trasplantes de médula ósea, si son médicamente necesarios y no de naturaleza experimental o investigativa
 - Si no cubrimos una terapia porque es experimental o investigativa y usted está terminalmente enfermo, podría pedir que otra parte revise nuestra decisión.
 - Coordinaremos para que una entidad imparcial e independiente revise nuestra decisión de acuerdo con los requisitos de las leyes de California.
 - Si determinamos que el servicio solicitado no está cubierto debido a que es investigativo o está recetado para indicaciones experimentales, usted puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR). Para conocer más sobre las IMR, vea la *Parte 8: Cómo resolver un problema con Anthem*.
- Gastos médicos y hospitalarios razonables de un donante o una persona identificada como donante potencial si estos gastos están directamente relacionados con su trasplante

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Cargos para hacerle pruebas a sus familiares para compatibilidad de trasplantes de médula ósea
- Cargos relacionados con la búsqueda y pruebas de donantes no familiares de médula ósea mediante un banco reconocido de donantes para trasplantes, si los gastos están directamente relacionados con su trasplante esperado

Los trasplantes que no sean de córnea estarán sujetos a las siguientes restricciones:

- La evaluación preoperatoria, la cirugía y el cuidado de seguimiento serán proporcionadas en centros designados por Anthem que tienen habilidades documentadas, recursos, compromiso y registro de resultados favorables para que se califique a los centros para brindar dicho cuidado
- Los pacientes serán seleccionados por el comité de selección de pacientes de los centros designados y estarán sujetos a autorización previa
- Solo los medicamentos antirrechazo, los productos biológicos y otros procedimientos que hayan sido establecidos como seguros y efectivos y ya no investigativos, están cubiertos

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Parte 5 Resumen de beneficios

Los siguientes beneficios resumidos son brindados por el plan Anthem PPO. Algunos servicios están sujetos a limitaciones y/o autorización previa. Este símbolo indica que se requiere autorización previa. Todos los servicios son permitidos solo cuando sean médicamente necesarios. Para consultar beneficios específicos, vea la *Parte 4: Qué cubre Anthem*.

Tipo de servicio	Descripción	El miembro paga al proveedor participante	El miembro paga al proveedor no participante
Deducible del año calendario	Monto adeudado y pagadero dentro de un año calendario para ciertos servicios para miembros antes de que cubramos esos servicios al monto de copago o coseguro	<ul style="list-style-type: none"> \$500 por miembro (suscriptor solamente) \$500 por familia (suscriptor más uno o más dependientes en la misma póliza) 	<ul style="list-style-type: none"> \$500 por miembro (suscriptor solamente) \$500 por familia (suscriptor más uno o más dependientes en la misma póliza)
Copago o coseguro	Monto adeudado y pagadero del miembro al proveedor de cuidado	Ver a continuación	Ver a continuación
Límite máximo anual de copago/coseguro	El límite máximo anual de copago/coseguro del miembro al usar proveedores participantes en un año calendario (Si se usan proveedores no participantes, el coseguro y los cargos facturados que exceden los cargos habituales y razonables son responsabilidad del miembro y no se aplican al límite máximo anual de copago/coseguro).	<ul style="list-style-type: none"> \$2,500 por miembro (suscriptor solamente) \$4,000 por familia (suscriptor más uno o más dependientes en la misma póliza) 	Sin límite máximo anual de copago o coseguro para los proveedores no participantes; usted paga coseguro sin límite.
Máximo anual de beneficios	\$75,000 de gastos cubiertos por año calendario por miembro	Usted debe pagar por todos los servicios recibidos después de que el total combinado de todos los beneficios bajo el MRMIP llegue a \$75,000 en un año calendario por miembro	Usted debe pagar por todos los servicios recibidos después de que el total combinado de todos los beneficios bajo el MRMIP llegue a \$75,000 en un año calendario por miembro

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
 TTY: **888-757-6034**
 Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
 TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Tipo de servicio	Descripción	El miembro paga al proveedor participante	El miembro paga al proveedor no participante
Máximo de por vida de beneficios	\$750,000 de beneficios cubiertos de por vida de cada miembro	Usted debe pagar por todos los servicios recibidos después de que el total combinado de todos los beneficios bajo el MRMIP llegue a \$750,000 de por vida por miembro	Usted debe pagar por todos los servicios recibidos después de que el total combinado de todos los beneficios bajo el MRMIP llegue a \$750,000 de por vida por miembro
Abuso de alcohol y drogas: paciente internado <i>Requiere autorización previa</i>	Hospitalización para alcoholismo o abuso de drogas según sea médicamente apropiado para remover sustancias tóxicas del cuerpo	15% de la tasa de cargo negociada	15% de los cargos habituales y razonables además de cualquier cargo en exceso
Servicios de ambulancia	Ambulancia terrestre o aérea hacia o desde un hospital para servicios médicamente necesarios	15% de la tasa de cargo negociada	15% de los cargos habituales y razonables además de cualquier cargo en exceso
Sangre y productos sanguíneos	Procesamiento, almacenamiento y administración de sangre y productos sanguíneos en entornos de paciente internado y ambulatorio	15% de la tasa de cargo negociada	El 50% de los cargos habituales y razonables, más los cargos excedentes
Anteojos y lentes para cataratas	Limitado a un par de anteojos convencionales o lentes de contacto convencionales de ser necesario después de cirugía de cataratas	15% de la tasa de cargo negociada	50% de los cargos habituales y razonables, más los cargos excedentes
Tratamiento para lesión dental	Lesión accidental a dientes naturales o la mandíbula	15% de la tasa de cargo negociada	50% de los cargos habituales y razonables, más los cargos excedentes
Tratamiento para la diabetes	Entrenamiento de autoadministración para la diabetes proporcionado para miembros que tienen diabetes	15% de la tasa de cargo negociada	50% de los cargos habituales y razonables, más los cargos excedentes

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
 TTY: **888-757-6034**
 Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
 TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Tipo de servicio	Descripción	El miembro paga al proveedor participante	El miembro paga al proveedor no participante
Servicios de diagnóstico de radiografías y laboratorio <i>Requiere autorización previa para determinados servicios</i>	Servicios ambulatorios de diagnóstico de radiografías y laboratorio (CT, MRI, MRA, PET y SPECT requiere autorización previa, con la excepción de servicios realizados como parte de una emergencia).	15% de la tasa de cargo negociada	50% de los cargos habituales y razonables, más los cargos excedentes
Equipo médico duradero y suministros <i>Requiere autorización previa para determinados servicios</i>	Equipo médico y suministros requeridos para el cuidado de una enfermedad o lesión (Las fórmulas y los productos alimenticios especiales requieren autorización previa).	15% de la tasa de cargo negociada	50% de los cargos habituales y razonables, más los cargos excedentes
Servicios médicos de emergencia	Tratamiento inicial de una enfermedad o lesión accidental aguda y grave; incluye hospital, profesional y suministros (Los servicios para no emergencias en un entorno de atención de emergencia o urgencia no están cubiertos). Los servicios de emergencia están cubiertos tanto dentro como fuera del área de servicio del plan y en centros participantes o no participantes del plan.	15% de la tasa de cargo negociada para servicios de hospital y profesionales y servicios de centro quirúrgico ambulatorio	<ul style="list-style-type: none"> 15% de los cargos habituales y razonables o cargos facturados, lo que sea menor además de cualquier cargo por encima de lo habitual y razonable para las primeras 48 horas para servicios hospitalarios y profesionales (Si la condición médica del miembro prohíbe la transferencia a un centro participante después de 48 horas, el copago del miembro permanecerá en 15% de los cargos habituales y razonables o cargos facturados, lo que sea menor, además de cualquier cargo por encima de lo habitual y razonable hasta que su condición médica permita la transferencia a un centro participante. Si el miembro está estable, pero permanece en un

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
 TTY: **888-757-6034**
 Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
 TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Tipo de servicio	Descripción	El miembro paga al proveedor participante	El miembro paga al proveedor no participante
			<p>centro no contratado más allá de 48 horas, el miembro paga todos los cargos; no se proporcionan beneficios).</p> <ul style="list-style-type: none"> 15% de los cargos habituales y razonables, más los cargos excedentes para el centro de cirugía ambulatoria
<p>Servicios médicos de emergencia</p>	<p>Tratamiento inicial de una enfermedad o lesión accidental aguda y grave; incluye hospital, profesional y suministros (Los servicios para no emergencias en un entorno de atención de emergencia o urgencia no están cubiertos). Los servicios de emergencia están cubiertos tanto dentro como fuera del área de servicio del plan y en centros participantes o no participantes del plan.</p>	<p>15% de la tasa de cargo negociada para servicios de hospital y profesionales y servicios de centro quirúrgico ambulatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> 15% de los cargos habituales y razonables o cargos facturados, lo que sea menor más cualquier cargo en exceso de lo habitual y razonable para las primeras 48 horas para servicios hospitalarios y profesionales (Si la condición médica del miembro prohíbe la transferencia a un centro participante después de 48 horas, el copago del miembro permanecerá en 15% de los cargos habituales y razonables o cargos facturados, lo que sea menor, además de cualquier cargo por encima de lo habitual y razonable hasta que su condición médica permita la transferencia a un centro participante. Si el miembro está estable, pero permanece en un centro no contratado más allá de 48 horas, el miembro paga todos los cargos; no se proporcionan beneficios).

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
 TTY: **888-757-6034**
 Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
 TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Tipo de servicio	Descripción	El miembro paga al proveedor participante	El miembro paga al proveedor no participante
			<ul style="list-style-type: none"> 15% de los cargos habituales y razonables, más los cargos excedentes para el centro de cirugía ambulatoria
Servicios de planificación familiar (Este servicio no se aplica al deducible anual).	<ul style="list-style-type: none"> Métodos anticonceptivos recetados aprobados por la FDA Anticoncepción de emergencia Esterilización, incluyendo ligadura de trompas y vasectomía 	15% de la tasa de cargo negociada	50% de los cargos habituales y razonables, más los cargos excedentes
Proveedores de países extranjeros	Limitado solo al tratamiento inicial de una emergencia médica	No hay proveedores participantes fuera del país	<ul style="list-style-type: none"> 15% de los cargos habituales y razonables, más los cargos excedentes por servicios hospitalarios 15% de los cargos habituales y razonables además de cualquier cargo en exceso para servicios profesionales
Cuidado médico en el hogar <i>Requiere autorización previa</i>	Servicios médicos en el hogar mediante una agencia de cuidado médico en el hogar o asociación de enfermeras visitantes	15% de la tasa de cargo negociada	50% de los cargos habituales y razonables, más los cargos excedentes
Hospicio <i>Requiere autorización previa</i>	Cuidado para enfermos terminales para miembros que no se espera que vivan por más de 12 meses si la enfermedad sigue su curso natural	15% de la tasa de cargo negociada	50% de los cargos habituales y razonables, más los cargos excedentes

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
 TTY: **888-757-6034**
 Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
 TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Tipo de servicio	Descripción	El miembro paga al proveedor participante	El miembro paga al proveedor no participante
<p>Servicios hospitalarios: paciente internado <i>Requiere autorización previa</i> (No se requiere autorización previa para parto, mastectomía, o cirugía reconstructiva después de una mastectomía).</p>	<p>Servicios proporcionados y facturados habitualmente por un hospital</p>	<p>15% de la tasa de cargo negociada para servicios hospitalarios en internación y servicios profesionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los cargos excepto \$650 por día para servicios hospitalarios para pacientes internados • 50% de los cargos habituales y razonables además de cualquier cargo en exceso para servicios profesionales <p>(No se proporcionan beneficios en un hospital no contratante en California, excepto en caso de una emergencia médica).</p>
<p>Servicios hospitalarios: paciente ambulatorio <i>Requiere autorización previa para determinados servicios</i></p>	<p>Servicios ambulatorios; centros quirúrgicos ambulatorios</p>	<p>15% de la tasa de cargo negociada para servicios hospitalarios ambulatorios y servicios profesionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los cargos, excepto \$380 por día por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y por servicios de centros de cirugía ambulatoria • 50% de los cargos habituales y razonables además de cualquier cargo en exceso para servicios profesionales • Todos los cargos excepto \$380 por día para servicios de centro quirúrgico ambulatorio no contratado <p>(No se proporcionan beneficios en un hospital no contratante o centro de tratamiento de diálisis no contratado en California, excepto en caso de una emergencia médica).</p>

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
 TTY: **888-757-6034**
 Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
 TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Tipo de servicio	Descripción	El miembro paga al proveedor participante	El miembro paga al proveedor no participante
Terapia de infusión <i>Requiere autorización previa</i>	Uso terapéutico de medicamentos u otras sustancias ordenadas por un médico y administradas por un proveedor calificado	15% de la tasa de cargo negociada	<ul style="list-style-type: none"> El miembro paga todos los cargos por encima de \$500 por día para toda la terapia de infusión y servicios administrativos y profesionales relacionados El miembro paga todos los cargos por encima del precio mayorista promedio para todos los medicamentos de la terapia de infusión y cualquier cargo por encima del máximo por día indicado abajo
Servicios médicos mentales (paciente internado)	Cuidado médico mental en un hospital participante cuando sea ordenado y realizado por un profesional de salud mental participante para el tratamiento de una condición de salud mental	15% de la tasa de cargo negociada y todos los costos por estadía por más de 10 días para servicios hospitalarios para paciente internado o servicios profesionales para paciente internado	<ul style="list-style-type: none"> Todos los cargos excepto por \$175 por día hasta 10 días. Además, todos los costos por estadías de más de 10 días para servicios hospitalarios para paciente internado; 50% de los cargos habituales y razonables además de cualquier cargo en exceso hasta 10 días y todos los costos de más de 10 días para servicios profesionales para paciente internado.
Servicios médicos mentales	<ul style="list-style-type: none"> Servicios para enfermedades que no cumplen con los criterios para enfermedad mental grave (SMI) o trastorno emocional grave (SED) Diagnóstico y tratamiento de una condición de salud mental 10 días por año calendario 		

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
 TTY: **888-757-6034**
 Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
 TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Tipo de servicio	Descripción	El miembro paga al proveedor participante	El miembro paga al proveedor no participante
Enfermedad mental grave (SMI)	<ul style="list-style-type: none"> Servicios médicos mentales para pacientes internados para el tratamiento de enfermedad mental grave Días ilimitados 	<ul style="list-style-type: none"> SMI y SED de un niño: 15% de la tasa de cargo negociada para servicios hospitalarios para paciente internado y ambulatorio 	<ul style="list-style-type: none"> SMI y SED de un niño: Todos los cargos excepto por \$650 por día para servicios hospitalarios para paciente internado; 50% de los cargos habituales y razonables además de cualquier cargo en exceso para servicios profesionales para paciente internado
Servicios para trastorno emocional grave (SED)	<ul style="list-style-type: none"> Servicios médicos mentales para paciente internado para el tratamiento de una condición de SED Días ilimitados 	SMI y SED de un niño: 15% de la tasa de cargo negociada para servicios hospitalarios para paciente internado y ambulatorio	<ul style="list-style-type: none"> SMI y SED de un niño: Todos los cargos excepto por \$650 por día para servicios hospitalarios para paciente internado; 50% de los cargos habituales y razonables además de cualquier cargo en exceso para servicios profesionales para paciente internado
Servicios médicos mentales (paciente ambulatorio)	Cuidado médico mental cuando sea ordenado y realizado por un profesional de salud mental participante	15% de la tasa de cargo negociada para 15 visitas por año y todos los costos para más de 15 visitas para servicios hospitalarios para paciente ambulatorio o paciente ambulatorio	<ul style="list-style-type: none"> Todos los cargos excepto por \$380 por día y todos los costos por encima de 15 visitas para servicios hospitalarios para paciente ambulatorio; 50% de los cargos habituales y razonables además de cualquier cargo en exceso. Además, todos los costos por encima de 15 visitas para servicios profesionales
Servicios médicos mentales	<ul style="list-style-type: none"> Servicios para enfermedades que no cumplen con los criterios para enfermedad mental grave (SMI) o trastorno emocional grave (SED) 15 visitas por año calendario 		

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
 TTY: **888-757-6034**
 Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
 TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Tipo de servicio	Descripción	El miembro paga al proveedor participante	El miembro paga al proveedor no participante
Enfermedad mental grave	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas de cuidado médico mental para paciente ambulatorio para el tratamiento de enfermedades mentales graves • Visitas ilimitadas 	SMI y SED de un niño: 15% de la tasa de cargo negociada para servicios hospitalarios y servicios profesionales para paciente internado y ambulatorio; \$25 para servicios profesionales recibidos en el consultorio del proveedor	<ul style="list-style-type: none"> • SMI y SED de un niño: Todos los cargos excepto por \$380 por día para servicios hospitalarios para paciente ambulatorio; 50% de los cargos habituales y razonables además de cualquier cargo en exceso para paciente ambulatorio
Servicios de trastorno emocional grave (SED)	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas de cuidado médico mental para paciente ambulatorio para el tratamiento de condiciones de SED. • Visitas ilimitadas 	SMI y SED de un niño: 15% de la tasa de cargo negociada para servicios hospitalarios y servicios profesionales para paciente internado y ambulatorio; \$25 para servicios profesionales recibidos en el consultorio del proveedor	<ul style="list-style-type: none"> • SMI y SED de un niño: Todos los cargos excepto por \$380 por día para servicios hospitalarios para paciente ambulatorio; 50% de los cargos habituales y razonables además de cualquier cargo en exceso para paciente ambulatorio
Ortótica y prótesis	Calzado especial para desfiguración del pie causada por parálisis cerebral, artritis, polio, espina bífida, diabetes, un accidente o una discapacidad del desarrollo	15% de la tasa de cargo negociada	50% de los cargos habituales y razonables, más los cargos excedentes
Terapia física, ocupacional y del habla	Servicios de terapeutas físicos, ocupacionales y del habla según sean médicamente apropiados de manera ambulatoria	15% de la tasa de cargo negociada	Usted paga todos los cargos excepto \$25 por visita
Atención del embarazo y la maternidad (La descripción del beneficio cubierto para atención del embarazo no se aplica al deducible anual).	<ul style="list-style-type: none"> • Parto normal para paciente internado • Complicaciones del embarazo • Atención prenatal y posnatal 	<ul style="list-style-type: none"> • 15% de la tasa de cargo negociada para servicios hospitalarios • 15% de la tasa de cargo negociada para servicios profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los cargos excepto \$650 por día para servicios hospitalarios • 50% de los cargos habituales y razonables además de cualquier cargo en exceso para servicios profesionales

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
 TTY: **888-757-6034**
 Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
 TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Tipo de servicio	Descripción	El miembro paga al proveedor participante	El miembro paga al proveedor no participante
Medicamentos recetados	<ul style="list-style-type: none"> • Suministro máximo para 30 días para recetas cuando sean surtidas en una farmacia minorista • Suministro máximo para 60 días para recetas de pedido por correo cuando sean surtidas a través de CarelonRx 	<ul style="list-style-type: none"> • \$5 para medicamentos genéricos • \$15 para medicamentos de marca • \$5 para medicamentos genéricos a través de entrega a domicilio del programa de medicamentos recetados de pedido por correo (CarelonRx) • \$15 para medicamentos de marca a través de entrega a domicilio del programa de medicamentos recetados de pedido por correo (CarelonRx) 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los cargos excepto 50% de la tarifa limitada de medicamentos para medicamentos genéricos o de marca • El servicio de medicamentos recetados de pedido por correo no está disponible mediante un proveedor no participante
Servicios de cuidado preventivo (Estos servicios están cubiertos incluso si usted no ha cubierto el deducible del año calendario. Estos servicios no se aplican al deducible anual).	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de mamas • Exámenes pélvicos • Papanicolaous • Pruebas de detección del cáncer de ovarios y cuello uterino • Mamografías • Pruebas de detección del virus del papiloma humano (VPH) • Exámenes de citología • Planificación familiar • Educación sobre salud • Exámenes médicos y servicios de laboratorio periódicos en relación con estos • Exámenes de la visión y la audición para niños • Análisis de sangre para recién nacidos • Atención prenatal (atención durante el embarazo) • Exámenes de la próstata para hombres 	15% de la tasa de cargo negociada	50% de los cargos habituales y razonables, más los cargos excedentes

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
 TTY: **888-757-6034**
 Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
 TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Tipo de servicio	Descripción	El miembro paga al proveedor participante	El miembro paga al proveedor no participante
	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) • Pruebas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) • Consultas de control del bebé y control médico pediátrico • Determinadas vacunaciones para niños y adultos, incluyendo vacunaciones necesarias para viajes • Programas de manejo de enfermedades para asma, diabetes, cardiovascular y prenatal 		
Servicios profesionales	Servicios de un médico para servicios médicamente necesarios	25% visita al consultorio; 15% de la tasa de cargo negociada para otros servicios	50% de los cargos habituales y razonables, más los cargos excedentes
Proveedores fuera de California: programa Blue Card <i>Requiere autorización previa para determinados servicios</i>	La Blue Cross and Blue Shield Association, de la cual Anthem es miembro y licenciataria independiente, administra un programa llamado el programa Blue Card. Participamos en este programa, el cual permite que los miembros tengan el uso recíproco de proveedores participantes que tengan contrato con otros planes de Blue Cross y/o Blue Shield. Los tipos de proveedores de Blue Card son PPO y tradicional. Los proveedores no participantes pueden estar fuera de California.	<ul style="list-style-type: none"> • Emergencias que no sean médicas: 15% del precio negociado del proveedor de Blue Card para proveedores de PPO; 50% del precio negociado de proveedores de PPO para proveedores tradicionales por servicios hospitalarios • Emergencias médicas: 15% del precio negociado del proveedor de Blue Card para proveedores de PPO; 15% del precio negociado del proveedor de Blue Card para proveedores tradicionales por servicios hospitalarios • Emergencias que no sean médicas: 15% del precio negociado del proveedor de Blue Card para 	<ul style="list-style-type: none"> • Emergencias que no sean médicas: todos los cargos excepto por \$650 por día para proveedores no participantes por servicios hospitalarios; todos los cargos excepto por \$380 por día para proveedores no participantes por servicios de centro quirúrgico ambulatorio • Emergencias que no sean médicas: 15% de los cargos habituales y razonables además de cargos en exceso para proveedores no participantes por las primeras 48 horas; después de 48 horas, todos los cargos en exceso de \$650 por día para

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
 TTY: **888-757-6034**
 Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
 TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Tipo de servicio	Descripción	El miembro paga al proveedor participante	El miembro paga al proveedor no participante
		proveedores de PPO; 50% del precio negociado de proveedores de PPO para proveedores tradicionales por servicios profesionales <ul style="list-style-type: none"> • Emergencias médicas: 15% del precio negociado del proveedor de Blue Card para proveedores de PPO; 15% del precio negociado del proveedor de Blue Card para proveedores tradicionales por servicios profesionales 	servicios hospitalarios (Si la condición médica del miembro prohíbe la transferencia a un centro de PPO o tradicional después de 48 horas, el copago del miembro permanece en 15% de los cargos habituales y razonables además de cualquier cargo en exceso hasta que su condición permita la transferencia a un centro de PPO o tradicional). <ul style="list-style-type: none"> • Emergencias que no sean médicas: 50% de los cargos habituales y razonables además de cargos en exceso para proveedores no participantes por servicios profesionales • Emergencias que no sean médicas: 15% de los cargos habituales y razonables y cualquier cargo en exceso para proveedores no participantes por servicios profesionales
Cirugía reconstructiva (No se requiere autorización previa si la cirugía reconstructiva está relacionada con una mastectomía).	Cirugía reconstructiva para mejorar la función o para crear una apariencia normal (hasta el grado posible) para estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anormalidades del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedades.	<ul style="list-style-type: none"> • 15% de la tasa de cargo negociada para servicios hospitalarios • 15% de la tasa de cargo negociada para servicios profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los cargos excepto por \$650 por día para servicios hospitalarios • 50% de los cargos habituales y razonables además de cualquier cargo en exceso para servicios profesionales

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
 TTY: **888-757-6034**
 Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
 TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Tipo de servicio	Descripción	El miembro paga al proveedor participante	El miembro paga al proveedor no participante
	Incluye servicios dentales o de ortodoncia médicamente necesarios que sean parte integral de cirugía reconstructiva para procedimientos o servicios para paladar hendido.		
Centros de enfermería especializada <i>Requiere autorización previa</i>	Cuidado especializado de enfermería	No cubierto a menos que lo recomendemos como un plan de tratamiento alternativo más costo-efectivo y médicamente apropiado	No cubierto a menos que lo recomendemos como un plan de tratamiento alternativo más costo-efectivo y médicamente apropiado
Dejar de fumar	Cualquier programa para dejar de fumar para ayudar al miembro a dejar de fumar	Todos los cargos excepto por \$50 por miembro de por vida	Todos los cargos excepto por \$50 por miembro de por vida
Trasplantes <i>Requiere autorización previa</i>	Trasplantes de órganos o tejidos humanos y no humanos	<ul style="list-style-type: none"> • 15% de la tasa de cargo negociada para servicios hospitalarios • 15% de la tasa de cargo negociada para servicios profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los cargos excepto por \$650 por día para servicios hospitalarios • 50% de los cargos habituales y razonables además de cualquier cargo en exceso para servicios profesionales

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
 TTY: **888-757-6034**
 Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
 TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Parte 6 Qué no cubre Anthem

Los servicios listados en esta sección no están cubiertos bajo el plan Anthem.

Si tiene preguntas sobre lo que no está cubierto, llame al número de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente o TTY.

Cuidado dental

- Frenos u otros aparatos o servicios para el enderezamiento de los dientes (servicios de ortodoncia)
- Dentaduras postizas, puentes, coronas, chapas u otros servicios dentales, o tratamiento de los dientes o encías o extracción de dientes (excepto para cuidado brindado si tiene una lesión accidental en los dientes)
- Implantes dentales o su extracción
- Servicios o suministros para el tratamiento de la articulación de la mandíbula (incluyendo tratamiento para problemas de la articulación temporomandibular) o la forma en que se encuentran los dientes superiores e inferiores (excepto cuando sea médicamente necesario)
- Servicios del dentista o cirujano oral para procedimientos dentales
- Daño a los dientes naturales causados por la masticación o mordida
- Hospitalizaciones para fines de administrar anestesia general que no sean considerados médicamente necesarios

Cuidado médico en el hogar

- Servicios de agencias que no sean una agencia de cuidado médico en el hogar o asociación de enfermeras visitantes certificadas
- Servicios para el cuidado personal, por ejemplo: asistencia para caminar, bañarse, vestirse, alimentarse o preparar comida
- Cuidado custodial

Servicios hospitalarios

- No se proporcionan beneficios para cuidado o tratamiento suministrado en un hospital no contratado, excepto para una emergencia médica (Esta exclusión solo aplica en California).
- Artículos personales o de comodidad o una habitación privada en un hospital a menos que sea médicamente necesario
- Cirugía cosmética realizada para cambiar o reformar partes normales del cuerpo para que tengan mejor aspecto
 - Esto no se aplica a cirugía reconstructiva para mejorar la función o crear una apariencia normal (hasta el grado posible) para estructuras anormales del cuerpo causadas por disforia de género, defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedad.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Esto tampoco se aplica a dispositivos protésicos o cirugía reconstructiva incluyendo dispositivos o cirugía para restaurar y lograr simetría relacionada con una mastectomía.
- Médicos sustitutos, incluso cuando sea requerido por el hospital, a menos que determinemos que es médicamente necesario
- Servicios proporcionados por un centro de enfermería especializada o cualquier institución que proporcione servicios continuos de enfermería especializada, a menos que determinemos que no hay una alternativa menos costosa para proporcionar servicios médicamente necesarios

Terapia de infusión

- Medicamentos o medicinas que no requieren receta
- Medicamentos que tengan la etiqueta *advertencia: la ley federal lo limita a uso investigativo* o medicamentos recetados para uso experimental
- Medicamentos u otras sustancias obtenidas fuera de los Estados Unidos, a menos que estén relacionadas con una emergencia médica
- Medicamentos homeopáticos u otros medicamentos herbales no aprobados por la FDA
- Cargos de un proveedor no participante que excedan el precio promedio de venta al por mayor de un medicamento según lo determine el fabricante
 - El precio mayorista promedio incluye la preparación del producto terminado.
 - El precio promedio de venta al por mayor es el promedio de los precios de lista que los fabricantes de los medicamentos sugieren que un mayorista establezca para una farmacia por el medicamento.
 - Usted será responsable por cualquier cargo en exceso del precio mayorista promedio de un medicamento para proveedores no participantes.

Equipos y suministros médicos

- Suministros educativos
- Artículos suministrados principalmente para su comodidad o conveniencia personal, tales como acondicionadores de aire, filtros de aire, purificadores de aire, humidificadores, equipos para ejercicios, caminadoras, spas, piscinas, elevadores o suministros para higiene o embellecimiento
- Suministros desechables, excepto bolsas de ostomía
- Sondas urinarias o suministros consistentes con las guías de cobertura de Medicare
- Equipos experimentales, investigativos o exploratorios
- Más de una pieza de equipo que sirve la misma función, excepto hasta el grado médicamente necesario
- Zapatos correctivos o insertos para zapatos, calzados o soportes para el arco (excepto por calzado terapéutico para la diabetes)
- Dispositivos no rígidos tales como soportes elásticos para las rodillas, fajas, medias elásticas o ligeros
- Aparatos dentales o aparatos de ortodoncia
- Máquinas productoras de voz electrónica
- Cualquier servicio suministrado en relación con el diagnóstico y tratamiento de infertilidad

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Más de un dispositivo para la misma parte del cuerpo
- Audífonos o pruebas auditivas de rutina, excepto pruebas auditivas para niños
- Implantes quirúrgicos, excepto marcapasos; lentes intraoculares; equipo para arreglar fracturas; o prótesis mamarias internas tras una mastectomía que resulte de enfermedad, afección o lesión

Salud mental

- Discapacidades del aprendizaje, excepto para condiciones de SMI y SED (Vea la *Parte 4: Qué cubre Anthem*)
- Abuso de sustancias, dependencia química, alcoholismo o adicción a las drogas
- Desintoxicación para abuso de alcohol o sustancias, excepto cuando sea médicamente necesario
- Cargos del centro para centros de cuidado psiquiátrico diurno, excepto para condiciones de SMI y SED (Vea la *Parte 4: Qué cubre Anthem*)

Otros servicios

- Cualquier servicio recibido antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura
- Cualquier importe excedente a los montos máximos mencionados en la sección de beneficios de este plan
- Todos los servicios o los suministros que no sean médicamente necesarios
- Aquellos procedimientos, servicios, medicamentos o dispositivos médicos, quirúrgicos (incluyendo implantes) u otros de cuidado médico que sean:
 - Experimentales o investigativos, o no reconocidos de acuerdo con estándares médicos de aceptación general como que son seguros y efectivos para el tratamiento en cuestión
 - Anticuados o no efectivos

Si determinamos que el servicio, producto, medicamento o dispositivo solicitado no está cubierto debido a que es investigativo o está recetado para indicaciones experimentales, usted podría solicitar una IMR (Para conocer más sobre las IMR, vea la *Parte 8: Cómo resolver un problema con Anthem*).

- Cualquier servicio no autorizado por nosotros cuando se requiera autorización previa (Para conocer más, vea la *Parte 1: Cómo usar su plan médico de Anthem PPO* bajo el encabezado *Autorización previa (un visto bueno de Anthem)*.)
- Consultas brindadas por teléfono o fax
- Servicios no mencionados como cubiertos por su plan
- Servicios que recibe fuera del MRMIP que a usted no se le requiere pagar o que le son brindados gratuitamente
- Cuidado que recibe para problemas de salud que están relacionados con el trabajo y son pagados bajo la ley de compensación para trabajadores o una ley similar (Si dicha cobertura está disponible, proporcionaremos beneficios bajo este programa sujeto a su derecho a retención u otra recuperación bajo la ley aplicable).
- Servicios realizados en entornos de atención de emergencia o urgencia para condiciones que no sean de emergencia o urgencia (Usted será responsable por todos los cargos asociados con estos servicios).

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Servicios que recibe de agencias gubernamentales locales, estatales o federales que a usted no se le requiere pagar, excepto cuando la ley federal o estatal requiere expresamente que paguemos por ellos (Pagaremos por servicios proporcionados en los hospitales y centros de tratamiento militar del Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos hasta el grado requerido por la ley).
- Cargos de pensión completa para paciente internado en relación con una hospitalización principalmente para pruebas de diagnóstico que podrían haber sido realizadas con seguridad de forma ambulatoria, excepto hasta el grado que la pensión completa sea médicamente necesaria
- Transporte por avión, auto de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público
- Servicios profesionales prestados en el hogar del miembro por una persona que también resida allí o esté vinculada con este por relación directa (lazo de sangre), relación indirecta (familia política) o adopción
- Servicios de enfermería privada para paciente internado o ambulatorio
- Artículos personales o de comodidad o una habitación privada en un hospital a menos que sea médicamente necesario
- Cargos por alojamiento y pensión de paciente internado relacionados con una estadía hospitalaria principalmente por cambio ambiental, terapia física, curas de descanso o tratamiento del dolor crónico
- Servicios provistos por un hogar de descanso, un asilo para personas de la tercera edad, un hogar de ancianos o un centro similar

Atención del embarazo y la maternidad

- Cirugía para revertir esterilización
- Tratamientos de fertilidad, como inseminación artificial o fertilización in vitro
- Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad
- Atención de maternidad para una madre sustituta pagada que se inscribió en el programa con una fecha de entrada en vigencia el o después del 1 de febrero de 2012

Medicamentos recetados

- Sustancias o artículos no medicinales
- Medicamentos suministrados por un hospital, centro de enfermería especializada, hogar de descanso, sanatorio, hospital de convalecientes u otro centro similar
 - Usted querrá saber lo siguiente si necesita medicamentos recetados en un hospital, centro de enfermería especializada, hogar de descanso, sanatorio, hospital de convalecencia o centro similar:
 - Bajo la *Parte 4: Qué cubre Anthem*, los medicamentos y medicinas suministrados a usted mientras es paciente en un hospital están cubiertos según lo especificado bajo el encabezado *Servicios hospitalarios* sujeto a todos los términos que se aplican a esos beneficios.

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Los medicamentos y medicinas suministrados a usted por un centro de enfermería especializada mientras es paciente en un centro de enfermería especializada están cubiertos solo cuando determinamos que los servicios proporcionados por el centro de enfermería especializada son una alternativa menos costosa a los beneficios básicos mínimos. Para conocer más, vea la *Parte 6: Qué no cubre Anthem* bajo el encabezado *Servicios hospitalarios*.
- En un centro de enfermería especializada, hogar de descanso, sanatorio, hospital de convalecencia o centro similar, los medicamentos suministrados y administrados por su médico están explicados en la *Parte 4: Qué cubre Anthem* bajo el encabezado *Servicios profesionales* sujeto a todos los términos que se aplican a esos beneficios. Otros medicamentos que podrían ser recetados por un médico para usted en un centro de enfermería especializada, hogar de descanso, sanatorio, hospital de convalecencia o centro similar pueden ser comprados en una farmacia por usted, un amigo, un familiar o un cuidador en su nombre o mediante nuestro programa de pedido por correo y, en dicho caso, los beneficios serán proporcionados bajo este beneficio de medicamentos recetados.
- Todo gasto que exceda las sumas del programa de cargos limitados para medicamentos en una farmacia no participante.
- Cualquier medicamento etiquetado “precaución, limitado por la ley federal para uso investigativo” (Medicamentos investigativos no aprobados por la FDA o cualquier medicamento o medicina recetado para indicaciones experimentales no están cubiertos). Si determinamos que el medicamento solicitado no está cubierto debido a que es investigativo o está recetado para indicaciones experimentales, usted podría solicitar una IMR. Para conocer más sobre las IMR, vea la *Parte 8: Cómo resolver un problema con Anthem*.
- Equipo médico duradero (DME), dispositivos, aparatos o suministros (Aunque no están cubiertos bajo este beneficio de medicamentos recetados, usted querrá saber que si necesita estos artículos, puede aprender más acerca de lo que cubrimos en la *Parte 4: Qué cubre Anthem*, bajo el encabezado *Equipo médico duradero y suministros* sujeto a todos los términos que se aplican a esos beneficios). Cargos profesionales en relación con la administración, inyección o despacho de medicamentos o medicamentos de infusión (Aunque no están cubiertos bajo este beneficio de medicamentos recetados, esos servicios están cubiertos según lo especificado en la *Parte 4: Qué cubre Anthem*
- Medicamentos y medicinas dispensados o administrados en un entorno ambulatorio, incluyendo, entre otros, centros hospitalarios ambulatorios y consultorios de médicos (Aunque no están cubiertos bajo este beneficio de medicamentos recetados, usted querrá saber que si necesita dichos medicamentos en un entorno ambulatorio, puede aprender más acerca de lo que cubrimos en la *Parte 4: Qué cubre Anthem*
- Medicamentos usados para el propósito principal de tratar la infertilidad
- Productos para desensibilización alérgica y suero para alergias (Aunque no están cubiertos bajo este beneficio de medicamentos recetados, si necesita dichos medicamentos, puede aprender más acerca de lo que cubrimos en la *Parte 4: Qué cubre Anthem*
- Toda la terapia de infusión excepto inyectables autoadministrados y aerosoles (Aunque no están cubiertos bajo este beneficio de medicamentos recetados, puede aprender más acerca de lo que cubrimos en la *Parte 4: Qué cubre Anthem*

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Los medicamentos de marca que tienen equivalentes genéricos no están cubiertos, a menos que el médico indique la necesidad médica escribiendo “no sustituya” o “dispensar como está escrito” en la orden de la receta o solicitando autorización previa de la Administración de Farmacia de Anthem llamando al **800-700-2533** (No se recomienda que algunos medicamentos sean intercambiados una vez hayan sido iniciados. Estos medicamentos se llaman medicamentos de índice terapéutico estrecho (NTI). Los medicamentos de NTI con equivalentes genéricos disponibles están cubiertos bajo el beneficio de medicamentos recetados sin que el médico indique “no sustituya” o “dispensar como está escrito”. En nuestro sitio web está disponible una lista de medicamentos de NTI [<https://mss.anthem.com/california-medicaid/benefits/major-risk-medical-insurance-plan.html>] o llamando a la Administración de Farmacia de Anthem).
- Jeringas y/o agujas, excepto aquellas dispensadas para uso con insulina (Aunque no están cubiertos bajo este beneficio de medicamentos recetados, esos artículos están cubiertos según lo especificado en la *Parte 4: Qué cubre Anthem*)
- Medicamentos recetados para fines cosméticos (por ejemplo: Retin-A para arrugas)
- Medicamentos obtenidos fuera de los Estados Unidos, a menos que estén relacionados con una emergencia médica
- Suplementos dietéticos, hierbas, vitaminas, cosméticos, salud o ayudas para la belleza o productos similares, los cuales no están aprobados por la FDA para tratar, diagnosticar, prevenir o curar una condición médica
- Usted querrá saber lo siguiente:
 - Las fórmulas para el tratamiento de PKU están cubiertas según lo especificado en la *Parte 4: Qué cubre Anthem*
 - Las asistencias médicas que sean médicamente necesarias y satisfagan la definición de DME están cubiertas según lo especificado en la *Parte 4: Qué cubre Anthem*
- Medicamentos y medicinas usados para inducir abortos no espontáneos (Aunque no están cubiertos bajo este beneficio de medicamentos recetados, los medicamentos aprobados por la FDA que solo pueden ser dispensados excepto en casos donde sean administrados bajo la supervisión directa de, un médico tal como medicamentos o medicinas usados para inducir abortos no espontáneos, están cubiertos según lo especificado bajo la *Parte 4: Qué cubre Anthem*)
- Medicamentos o medicinas que podrían obtenerse sin la receta de un médico (medicamentos de venta libre), excepto insulina y niacina para reducir el colesterol
- Medicamentos recetados que tienen equivalentes no recetados químicos y de dosis
- Productos farmacéuticos para ayudar a dejar de fumar (por ejemplo: Nicorette o parches de nicotina), remedios de venta libre o cualquier producto recetado que contenga nicotina (Aunque no están cubiertos bajo este beneficio de medicamentos recetados, los productos farmacéuticos para ayudar a dejar de fumar están cubiertos según lo especificado en la *Parte 4: Qué cubre Anthem*)
- Dispositivos anticonceptivos recetados para el control de natalidad excepto según se mencione específicamente en la *Parte 7: Cómo obtener medicamentos recetados* (Los implantes anticonceptivos y los servicios profesionales asociados están cubiertos según lo especificado en la *Parte 4: Qué cubre Anthem*)

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Medicamentos utilizados para bajar de peso, excepto en los casos en que se los considere médicamente necesarios
- El tratamiento de la impotencia y/o disfunción sexual debe ser médicamente necesario y la documentación de un diagnóstico confirmado de disfunción eréctil debe ser presentada a la Administración de Farmacia de Anthem para su revisión (Los medicamentos y medicinas para el tratamiento de la impotencia y/o disfunción sexual están limitados a seis tabletas/unidades por periodo de 30 días. Estos servicios no están cubiertos bajo el programa de pedido por correo).
- Vacunaciones infantiles, vacunas para la Hepatitis B o varicela zóster (varicela) para miembros hasta los 16 años (Aunque no están cubiertos bajo este beneficio de medicamentos recetados, estos agentes inmunizantes están cubiertos según lo especificado en la *Parte 4: Qué cubre Anthem*)

Servicios profesionales

- Exámenes físicos de rutina para un empleo, campamento escolar o programa deportivo
- Servicios de optometría, ejercicios para los ojos y ortóptica, exámenes de los ojos de rutina (excepto pruebas de la vista para niños), refracciones de los ojos de rutina, anteojos, lentes de contacto (excepto los primeros lentes después de cirugía de cataratas) y cirugía de los ojos solo para corregir la visión (como casi miopía)
- Cuidado de los pies, como cortar las uñas, excepto cuando sea cuidado médico podológico médicamente necesario
- Servicios o tratamiento de quiropráctica
- Cuidado o tratamiento de acupuntura
- Los beneficios que excedan \$75,000 en un año calendario bajo el programa para un suscriptor, o el dependiente inscrito de un suscriptor o un suscriptor dependiente
- Los beneficios que excedan \$750,000 de por vida bajo el programa para un suscriptor, o el dependiente inscrito de un suscriptor o un suscriptor dependiente (Los beneficios recibidos antes del 1 de enero de 1999, serán contados para el máximo de por vida de \$750,000).

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Parte 7 Cómo obtener medicamentos recetados

Los beneficios son proporcionados como sigue para medicamentos recetados comprados de farmacias minoristas certificadas o mediante nuestro programa de medicamentos recetados de entrega a domicilio y pedido por correo por miembros que son elegibles para recibir medicamentos recetados ambulatorios bajo este Formulario Combinado de Evidencia de Cobertura y Divulgación de Información.

¿Qué puede recetar mi médico?

Anthem usa una lista de medicamentos elegidos llamada lista de medicamentos preferidos (PDL) para ayudar a su médico a decidir cuáles medicamentos recetar. Un grupo de médicos y farmacéuticos actualiza esta lista de medicamentos cada tres meses. Actualizar esta lista ayuda a garantizar que los medicamentos en ella sean seguros y útiles. Si quiere saber si un medicamento está en esta lista, o si desea una copia del formulario, llame a la Administración de Farmacia de Anthem administrada por CarelonRx. Aunque un medicamento esté en la lista, su médico decidirá cuál medicamento es mejor para usted.

Las farmacias participantes dispensarán equivalentes genéricos de medicamentos de marca a menos que la receta diga “dispensar como está escrito” o “no sustituir” o no exista un equivalente genérico. Algunos medicamentos requieren autorización previa de beneficios o tienen restricciones basadas en la necesidad médica. Llame a la Administración de Farmacia de Anthem si tiene una pregunta acerca de autorización previa de beneficios. Las farmacias participantes dispensarán medicamentos genéricos a menos que la receta especifique una marca y diga “dispensar como está escrito” o “no sustituir” o no exista un equivalente genérico. Revisaremos y decidiremos sobre las solicitudes para autorización previa de beneficios dentro de un día hábil o menos con base en la naturaleza de la condición médica del miembro. El farmacéutico puede dispensarle un suministro de emergencia para 72 horas de medicamentos al miembro si determina que es apropiado. Anthem pagará los cargos por ese suministro de emergencia excepto por el copago/coseguro correspondiente. Si la solicitud de autorización previa de beneficios es rechazada, usted recibirá una carta de explicación con los motivos para la desaprobación y cualquier medicamento o tratamiento alternativo ofrecido.

Si usted tiene un problema o una duda con los servicios de Anthem, llame a nuestro número de teléfono del Centro de Atención al Cliente o TTY. También puede presentar un reclamo para obtener una respuesta a cualquier problema o duda que esté teniendo con Anthem, incluyendo apelar la denegación de una solicitud para autorización previa de beneficios. Podemos enviarle un formulario de reclamo para que lo llene y nos lo devuelva. Para información adicional, consulte la *Parte 8: Cómo resolver un problema con Anthem*.

Anthem verifica los medicamentos que usted está usando. Si vemos que se están usando demasiados medicamentos, le informaremos a su médico y a su farmacéutico. Algunos medicamentos pueden ser perjudiciales si se toman juntos.

Para los fines de este beneficio, la insulina y las vitaminas prenatales recetadas son consideradas medicamentos recetados.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Adónde surtir sus recetas

Recomendamos que obtenga sus medicamentos recetados de una farmacia participante de Anthem. Puede ubicar una farmacia participante de Anthem llamando a las farmacias cerca de usted y preguntándoles si aceptan Anthem o llamando a la Administración de Farmacia de Anthem para que le digan las farmacias participantes. También puede obtener medicamentos recetados en una farmacia participante o no participante, ya sea dentro o fuera de California.

Llame a la Administración de Farmacia de Anthem si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios de farmacia.

Si necesita un suministro de emergencia de un medicamento, vaya a la farmacia más cercana y dígales que nos llamen.

Medicamentos recetados

Al surtir su receta en una farmacia participante de Anthem, le darán un suministro para 30 días del medicamento. Podría obtener reposiciones si su médico hizo su receta con reposiciones. Usualmente, la farmacia llamará a su médico para verificar si le pueden dar reposiciones.

Las recetas cubiertas incluyen:

- Recetas y recetas dentales ordenadas cuando un médico determina que son medicamento necesarias
- Vitaminas prenatales y vitaminas con fluoruro recetadas
- Insulina y jeringas para insulina
- Glucagón
- Lancetas y dispositivos para pinchar de lancetas
- Tiras reactivas para uso en el monitoreo de la diabetes
- Medicamentos anticonceptivos recetados para control de natalidad
 - Si su médico determina que los medicamentos anticonceptivos recetados no son medicamento apropiados, se proporcionará cobertura para otro método anticonceptivo aprobado por la FDA mediante nuestro proceso de autorización previa.
- Anticoncepción de emergencia
- Fórmulas y productos alimenticios especiales recetados por un médico o un enfermero especializado para el tratamiento de PKU
 - Las fórmulas y los productos alimenticios especiales no cubiertos bajo sus beneficios de recetas estarán cubiertos bajo sus beneficios médicos.
- Medicamentos autoinyectables y agujas y jeringas necesarias para administrar medicamentos de insulina
 - Los medicamentos inyectables en el consultorio y las agujas y jeringas para otros medicamentos inyectables no están cubiertos bajo sus beneficios de recetas y no estarán cubiertos bajo sus beneficios médicos.
- Todas las recetas compuestas que no sean de infusión que contengan al menos un ingrediente recetado cubierto

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- El tratamiento de la impotencia y/o disfunción sexual debe ser médicamente necesario y la documentación de un diagnóstico confirmado de disfunción eréctil debe ser presentada a la Administración de Farmacia de Anthem para su revisión
 - Los medicamentos y las medicinas para el tratamiento de impotencia y/o disfunción sexual están limitados a seis tabletas/unidades por periodo de 30 días (no cubierto bajo el programa de pedido por correo).

Condiciones del servicio

El medicamento o medicina debe:

- Ser recetado por un médico y ser dispensado dentro de un año de ser recetado, sujeto a leyes federales o estatales
- Ser aprobado para uso por la FDA
- Ser para el cuidado y el tratamiento directo de la enfermedad, lesión o condición del miembro
 - (Los suplementos dietéticos, asistencias médicas o medicamentos para fines cosméticos no están incluidos).
- Ser obtenido de una farmacia minorista autorizada, dispensado por una farmacia o pedido por correo mediante el programa de pedido por correo
- No ser usado mientras el miembro está internado en un centro. Otros medicamentos que pueden ser recetados por un médico para usted en un centro de enfermería especializada, hogar de descanso, sanatorio, hospital de convalecencia o centro similar pueden ser comprados en una farmacia por usted, un amigo, un pariente o un cuidador en su nombre o mediante nuestro programa de pedido por correo y, en dicho caso, los beneficios serán proporcionados bajo este beneficio de medicamentos recetados

Cuando su receta sea surtida en una farmacia participante:

- Usted hará un copago para cada receta cubierta y/o reposición cuando presente su tarjeta de identificación
- Se le dará un máximo de 30 días de suministro por receta
- Su farmacia participante cobrará su copago y enviará los cargos al programa de medicamentos recetados de Anthem electrónicamente mediante una red electrónica en línea

Existen determinados medicamentos que tienen actualmente problemas potenciales de equivalencia. Estos medicamentos se llaman medicamentos de índice terapéutico estrecho (NTI). Si obtiene un medicamento de NTI de una farmacia participante, incluso si hay disponible un equivalente genérico, usted será responsable por el copago del medicamento de marca. En nuestro sitio web está disponible una lista de medicamentos de NTI (<https://mss.anthem.com/california-medicaid/benefits/major-risk-medical-insurance-plan/pharmacy-benefits.html>) o llamando a la Administración de Farmacia de Anthem.

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Cuando su receta sea surtida en una farmacia no participante, usted tendrá que pagar el costo total del medicamento y presentar una reclamación a:

CarelonRx
P.O. Box 52065
Phoenix, AZ 85072-2065

- Debe traer con usted un formulario de reclamación de medicamento al surtir su receta (las farmacias no participantes no tienen estos formularios). Una parte de este formulario de reclamación debe ser completada por el farmacéutico que surte su receta. Envíe por correo el formulario de reclamación con la parte apropiada completada y firmada por el farmacéutico a Anthem. Para obtener ayuda con los formularios de reclamación, llame a nuestro número de teléfono del Centro de Atención al Cliente o TTY.

Medicamentos recetados de pedido por correo

Su programa de medicamentos recetados del servicio de pedido por correo es administrado por CarelonRx bajo contrato con Anthem. Su receta de entrega a domicilio de pedido por correo es surtida por el Servicio de entrega a domicilio de CarelonRx, una división de CarelonRx. Anthem no dispensa medicamentos ni surte recetas.

Al surtir su receta mediante una farmacia participante, le darán un suministro de no más de 30 días. Podría obtener reposiciones si su médico hizo su receta con reposiciones. Al surtir su receta mediante el programa de medicamentos recetados de pedido por correo, recibirá un suministro para 60 días.

Medicamentos para tratamiento a largo plazo

Los medicamentos para tratamiento a largo plazo son medicamentos que son recetados de manera continua para condiciones crónicas tales como artritis, enfermedad cardíaca, diabetes o presión arterial alta.

Los medicamentos para tratamiento a largo plazo podrían ser obtenidos en farmacias participantes o no participantes de Anthem. Los medicamentos para tratamiento a largo plazo también podrían ser obtenidos por correo mediante el Servicio de entrega a domicilio de CarelonRx solo requiriendo un copago de un suministro para 60 días. La receta debe establecer la dosis, su nombre y su dirección y debe incluir la firma de su médico.

La receta de pedido por correo que envíe debe incluir un formulario completado de perfil del paciente:

- Este formulario le será enviado al inscribirse en el programa.
- Cualquier receta de pedido por correo subsiguiente solo necesita incluir la receta y el copago.

Algunos medicamentos y/o medicinas recetados no están disponibles para compra mediante el programa de medicamentos recetados de pedido por correo, incluyendo medicamentos que no están en el formulario (lista de medicamentos); medicamentos y medicinas para el tratamiento de impotencia y/o disfunción sexual; inyectables, excepto por insulina y antibióticos. Consulte con el departamento del Centro de Atención al Cliente de la farmacia para ver la disponibilidad del medicamento o medicina.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Para más información sobre sus beneficios o para comenzar la entrega a domicilio, puede ir a <https://mss.anthem.com/california-medicaid/benefits/major-risk-medical-insurance-plan/pharmacy-benefits.html> o llame al Centro de Atención al Cliente al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del miembro. Los miembros que tienen dificultades del habla o la audición deben llamar al TTY, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Parte 8 Cómo resolver un problema con Anthem

Si no está satisfecho con Anthem o uno de nuestros proveedores, quisiéramos hablar con usted. Llámenos para saber por qué no está satisfecho. La mayoría de los problemas pueden ser resueltos por teléfono. Si tiene un problema o una duda, llame a Anthem lo más pronto posible.

Denos la oportunidad de ayudarle con cualquier problema que esté teniendo con Anthem. Si necesita escribirnos, use esta dirección:

**Anthem Blue Cross
P.O. Box 60007
Los Angeles, CA 90060-0007**

Si tiene un problema o una duda con los servicios de Anthem o su proveedor de cuidado médico, llame a uno de nuestros representantes de Anthem o al número de teléfono gratuito del Centro de Atención al Cliente o TTY.

También puede presentar un reclamo para obtener una respuesta a cualquier problema o duda que esté teniendo con Anthem, un proveedor, o cualquier elemento del MRMIP. Para presentar un reclamo, llámenos al **877-687-0549**. Podemos tomar su reclamo por teléfono, o podemos enviarle un formulario de reclamo para que lo llene y nos lo devuelva.

Al llenar este formulario, asegúrese de:

- Anotar los números de su tarjeta de Anthem.
- Decirnos lo que sucedió o con qué le gustaría tener ayuda.

Envíe por correo el formulario completado a:

**ATTN: Grievance Coordinator
Anthem Blue Cross
P.O. Box 60007
Los Angeles, CA 90060-0007**

Si necesita ayuda para traducir su problema, duda o reclamo, llame al **877-687-0549**. Cuando recibamos su reclamo, le enviaremos una carta en los siguientes cinco días para informarle que estamos revisando su problema. Después de mirar los hechos, le enviaremos una carta en los siguientes 30 días para decirle lo que decidimos o cómo resolveremos el problema.

Apelaciones

Si no está satisfecho con una denegación de servicio o pago, puede presentar una apelación. Para presentar una apelación, llame a Anthem al **877-687-0549** o escríbanos a:

**ATTN: Grievance Coordinator
Anthem Blue Cross
P.O. Box 60007
Los Angeles, CA 90060-0007**

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Revisión acelerada del plan

Si el problema involucra una amenaza inminente y grave a su salud, incluyendo, entre otras, dolor intenso, pérdida potencial de la vida, una extremidad o una función corporal importante, le daremos nuestra respuesta dentro de tres días. Llame al **877-687-0549** para una revisión acelerada del plan.

Departamento de Atención de la Salud Administrada (DMHC)

Si no está satisfecho con la decisión de su reclamo, o si su reclamo no ha sido resuelto después de al menos 30 días, podría presentar su reclamo al DMHC de California para revisión (vea el encabezado *Otra ayuda* en esta sección). También podría solicitar una mediación voluntaria con Anthem antes de presentar un reclamo ante el DMHC. Podría presentar un reclamo ante el DMHC después de completar la mediación o participar en el proceso de reclamos o mediación voluntaria de Anthem por 30 días.

Si su caso involucra una amenaza inminente a su salud, usted no tiene que completar nuestro proceso de reclamos o mediación voluntaria o participar en ninguno por al menos 30 días, pero puede presentar su reclamo inmediatamente al DMHC para revisión. Una amenaza inminente a su salud incluye, entre otras, dolor intenso, pérdida potencial de la vida, una extremidad u otra función corporal importante.

Revisión Médica Independiente (IMR)

Si Anthem decide denegar, modificar o retrasar cualquier servicio totalmente o en parte porque no es médicamente necesario, usted podría pedir una revisión de esa decisión. Estos servicios a veces son llamados “servicios médicos en disputa”.

Si presenta una queja ante Anthem acerca de un servicio de servicio médico en disputa y Anthem aún decide denegar, modificar, o retrasar el servicio, debemos darle una solicitud de IMR. Para pedir una IMR, debe presentar la solicitud ante el DMHC.

No tiene que pagar ningún cargo de solicitud o un cargo de procesamiento de ninguna clase. El DMHC elegirá una organización de revisión médica que sea independiente de Anthem para completar la revisión. Puede proporcionar información para apoyar su solicitud para una IMR. Puede usar el proceso de IMR además de cualquier otro procedimiento o remedio que tal vez esté a su disposición. Si decide no participar en el proceso de IMR, usted podría perder el derecho a cualquier derecho estatutario para buscar acción legal contra Anthem acerca del servicio médico en disputa.

Si presenta una solicitud ante el DMHC, ellos la revisarán para confirmar que:

- Su proveedor recomendó un servicio médico como médicamente necesario; o usted ha recibido atención de urgencia o servicios de emergencia que un proveedor determinó que eran médicamente necesarios; o usted ha estado acudiendo a un proveedor participante de Anthem para el diagnóstico o tratamiento de la condición médica para la cual busca la IMR.
- Anthem denegó, modificó o retrasó el servicio médico en disputa total o parcialmente sobre una decisión de que no era médicamente necesario.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Usted ha presentado un reclamo ante Anthem y ya sea Anthem mantuvo la decisión en disputa o permanece sin resolver después de 30 días. Si su reclamo requiere revisión acelerada, usted puede llevarla a la atención del DMHC inmediatamente. El DMHC puede eximir el requisito de que usted siga los procedimientos de reclamos de Anthem en un caso extraordinario y apremiante.

Usted podría solicitar una IMR dentro de seis meses de cualquiera de los eventos enumerados arriba. El DMHC elegirá una organización de revisión médica independiente (IMRO) para hacer la revisión mediante un proveedor o proveedores que tengan conocimientos acerca del tratamiento de su condición médica. Usted recibirá una copia de las conclusiones a las que se llegó en su caso. Si la IMRO decide que el servicio médico en disputa es médicamente necesario, Anthem lo cubrirá.

Usualmente, la IMRO debe tomar su decisión dentro de 30 días después de recibir su solicitud y los documentos de apoyo. Si el caso involucra una amenaza inminente y grave a su salud, tal como dolor intenso, la pérdida potencial de la vida, una extremidad o una función corporal importante, o el deterioro inmediato y grave de su salud, la IMRO debe tomar su decisión dentro de tres días. Para saber más acerca del proceso de la IMR, o para pedir una solicitud, llame a Anthem al **877-687-0549**.

También puede pedir una IMR si Anthem deniega cobertura para un servicio porque Anthem ha decidido que es experimental o investigativo. Anthem le avisará por escrito de la oportunidad para solicitar una IMR dentro de cinco días hábiles de la decisión de denegar la cobertura. Si su médico determina que la terapia propuesta sería significativamente menos efectiva de no ser iniciada prontamente, el análisis y las recomendaciones de los expertos en el panel de la IMR serán presentados dentro de siete días de una solicitud de revisión acelerada.

Para solicitar una revisión, llame a Anthem al **877-687-0549** o escríbanos a:

Anthem Blue Cross
P.O. Box 60007
Los Angeles, CA 90060-0007

Con el fin de calificar para una IMR en esta situación, se deben satisfacer todas las siguientes condiciones:

- Usted sufre una condición mortal o que lo debilita gravemente.
 - Una condición mortal es una condición o enfermedad donde la probabilidad de muerte es alta a menos que el curso de la condición o enfermedad sea interrumpido. También es una condición o enfermedad con un resultado potencialmente fatal donde el punto final de la intervención clínica es la supervivencia.
 - Una condición gravemente debilitante es una enfermedad o condición que causa morbilidad importante e irreversible.
- El tratamiento propuesto debe ser recomendado por un médico participante, o un médico certificado o elegible por la junta médica, calificado para tratarlo, que haya certificado por escrito que es más probable que sea beneficioso que el tratamiento estándar y que haya proporcionado la evidencia de respaldo.
- Si usted o un médico no participante calificado solicitan una revisión externa independiente, según lo descrito arriba, el solicitante debe suministrar dos elementos de apoyo científico aceptable (según lo definido en esta sección).

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Dentro de cinco días hábiles de la solicitud por parte de un miembro calificado para una revisión externa independiente, le daremos al panel revisor todos los registros médicos y documentos relevantes para revisión y cualquier información presentada por el miembro o el médico del miembro. Cualquier información subsiguiente recibida será enviada al panel de revisión dentro de cinco días hábiles. La IMRO presentará una opinión dentro de 30 días de la solicitud (o siete días en el caso de una revisión acelerada), excepto que el revisor puede pedir tres días más si hay algún retraso en el recibo de los registros necesarios.

“Apoyo científico aceptable” incluye las siguientes fuentes:

- Estudios científicos revisados por colegas publicados en revistas médicas con estándares de reconocimiento nacional
- Revistas médicas reconocidas por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos bajo la Sección 1861(t)(2) de la Ley del Seguro Social
- Información de Medicamentos del Servicio de Formulario Hospitalario Estadounidense, Evaluación de Medicamentos de la Asociación Médica Estadounidense, la Terapéutica Dental Aceptada de la Asociación Dental Estadounidense e Información de Medicamentos de la Farmacopea de los Estados Unidos
- Literatura médica que cumple los criterios de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Institutos Nacionales de Salud para indexar en Index Medicus, Excerpta Medicus, Medline y la Base de datos MEDLARS de Investigación de Evaluación Tecnológica de Servicios de Salud
- Hallazgos, estudios o investigación realizada por o bajo los auspicios de agencias del gobierno federal e institutos federales de investigación de reconocimiento nacional
- Resúmenes evaluados por colegas y aprobados para su presentación en reuniones de asociaciones médicas importantes

Arbitraje vinculante

Esta cláusula de arbitraje vinculante no se aplica a demandas colectivas.

TODAS LAS DISPUTAS INCLUYENDO, ENTRE OTRAS, DISPUTAS RELACIONADAS A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO BAJO EL PLAN O CUALQUIER OTRO PROBLEMA RELACIONADO CON EL PLAN Y LAS RECLAMACIONES DE NEGLIGENCIA MÉDICA DEBEN SER RESUELTAS POR ARBITRAJE VINCULANTE, SI EL MONTO EN DISPUTA EXCEDE EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL DE RECLAMACIONES PEQUEÑAS. El Código de Salud y Seguridad de California Sección 1363.1 y el Código de Seguro Sección 10123.19 requieren divulgaciones específicas en este respecto, incluyendo el siguiente aviso: “Se entiende que cualquier disputa relacionada con negligencia médica, que sea relativa a si algún servicio médico prestado bajo este contrato fue innecesario o no autorizado o fue prestado de manera inapropiada, negligente o incompetente, será determinada por presentación a arbitraje según lo dispuesto por la legislación de California y no por demanda o recurso a un procedimiento judicial, excepto según la legislación de California estipula revisión judicial del proceso de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al suscribirlo, están renunciando a su derecho constitucional de que dicha disputa sea decidida en un tribunal ante un jurado y en su lugar están aceptando el uso de arbitraje”. USTED Y ANTHEM BLUE CROSS ACEPTAN

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.

[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

ACATAR ESTA CLÁUSULA DE ARBITRAJE Y RECONOCEN QUE EL DERECHO A UN JUICIO POR JURADO ES DESECHADO PARA AMBAS DISPUTAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIO BAJO EL PLAN O CUALQUIER OTRO PROBLEMA RELACIONADO CON EL PLAN Y LAS RECLAMACIONES DE NEGLIGENCIA MÉDICA.

La Ley Federal de Arbitraje regirá la interpretación y ejecución de todos los procesos bajo esta cláusula de arbitraje vinculante. Hasta el grado que la Ley Federal de Arbitraje sea inaplicable, o se mantenga que no se requiere arbitraje de una reclamación en particular, se aplicarán los acuerdos vigentes de la ley estatal para arbitraje.

Los hallazgos del arbitraje serán definitivos y vinculantes excepto hasta el grado que la ley estatal o federal estipule la revisión judicial del proceso de arbitraje.

El arbitraje es iniciado por el miembro que hace una demanda por escrito sobre Anthem. El arbitraje será dirigido por los Servicios de Mediación y Arbitraje Judicial (JAMS), de acuerdo con sus normas y procedimientos aplicables. Si por alguna razón JAMS no está disponible para realizar el arbitraje, el mismo será realizado por otra entidad neutral de arbitraje, mediante acuerdo del miembro y Anthem, o por orden del tribunal, si el miembro y Anthem o Anthem Life and Health Insurance Company no pueden llegar a un acuerdo.

Los costos del arbitraje serán asignados según la Política de JAMS sobre arbitrajes de consumidores. Si el arbitraje no es realizado por JAMS, los costos serán compartidos por igual por las partes, excepto en casos de adversidad económica extrema, dependiendo de la solicitud a la entidad neutral de arbitraje a quien las partes han aceptado, en cuales casos, Anthem asumirá todos o una parte de los costos del arbitraje.

Envíe todas las demandas de arbitraje vinculante por escrito a:

**Anthem Blue Cross
P.O. Box 60007
Los Angeles, California 90060-0007**

Proceso de apelación del DHCS

Si no está satisfecho con la resolución de su reclamo, puede apelar ante el Departamento de Servicios de Atención de la Salud (DHCS) de California en:

**Department Of Health Care Services
MCOB - MS 4703 Major Risk Medical Insurance Program Appeal
P.O. Box 2769
Sacramento, CA 95812-2769**

La apelación debe ser presentada al DHCS dentro de 60 días calendario después de la decisión de Anthem. La apelación debe incluir lo siguiente:

- Una copia de cualquier decisión que se está apelando o una declaración por escrito de la acción o inacción que se está apelando
- Una declaración que describa específicamente el problema que está disputando

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Una declaración de la resolución que está solicitando
- Cualquier otra información relevante que quisiera incluir

Las apelaciones que no incluyan la información anterior serán devueltas. Usted podría volver a presentar la apelación completa dentro de 60 días calendario de la denegación de Anthem o dentro de 20 días calendario del recibo de la apelación devuelta, el que sea posterior.

Quejas culturales y lingüísticas

Si cree que Anthem no satisfizo sus necesidades culturales y lingüísticas, llame a Anthem al **877-687-0549** o escribanos a:

ATTN: Grievance Coordinator
Anthem Blue Cross
P.O. Box 60007
Los Angeles, CA 90060-0007

Podemos ayudarle a llenar un formulario de reclamo o enviarle por correo un formulario para que lo llene.

Otra ayuda

El DMHC es responsable de regular los planes de servicios médicos. Si tiene un reclamo contra Anthem, primero debe llamar por teléfono a Anthem al **877-687-0549** y usar el proceso de reclamos de Anthem antes de contactar al DMHC. Utilizar este procedimiento de reclamos no prohíbe ningún derecho o remedio legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con un reclamo que involucra una emergencia, un reclamo que no haya sido resuelto satisfactoriamente por Anthem, o un reclamo que haya permanecido sin resolver por más de 30 días, usted podría llamar al DMHC para que le den asistencia. También podría ser elegible para una IMR. Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por Anthem relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que sean de naturaleza experimental o investigativa y disputas de pago para servicios médicos de emergencia o urgencia. El DMHC también tiene un número de teléfono gratuito **888-HMO-2219** y una línea TTY **877-688-9891**, para miembros que tienen pérdida de audición o del habla. El sitio web del DMHC (**hmohelp.ca.gov**) tiene formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Parte 9 Cláusulas de beneficios alternativos

Con el fin de que un miembro obtenga cuidado médicamente apropiado en una forma más económica y costo-efectiva, Anthem podría recomendar un plan de tratamiento alternativo, el cual incluye servicios no cubiertos bajo este plan. Anthem solo hace sugerencias de tratamiento; cualquier decisión con respecto a tratamiento pertenece al miembro y al médico del miembro. Los beneficios son proporcionados para dicho plan de tratamiento alternativo solo con base en cada caso. Anthem tiene absoluta discreción en la decisión de si ofrecer o no un beneficio sustituto para cualquier miembro, cuál beneficio alternativo puede ser ofrecido y los términos de la oferta. La sustitución de beneficios de Anthem en un caso en particular de ninguna forma compromete a Anthem a hacerlo en otro caso o para otro miembro. Además, no evita que Anthem aplique los beneficios, las limitaciones y exclusiones expresas del plan en cualquier otro momento para cualquier otro miembro.

Los beneficios son proporcionados solo cuando se satisfacen todos los siguientes criterios:

- El miembro requiere tratamiento amplio a largo plazo
- Anthem anticipa que dicho tratamiento, que utiliza servicios o suministros cubiertos bajo el plan, resultará en un costo considerable
- Un análisis de costo-beneficio realizado por Anthem determina que los beneficios pagaderos bajo el plan para el plan de tratamiento alternativo pueden ser proporcionados a un costo general menor que los beneficios que el miembro recibiría de otra forma bajo el plan
- Los beneficios alternativos pagados son acumulados para cualquier monto máximo anual o de por vida bajo el plan
- El miembro acepta por escrito el beneficio alternativo

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Parte 10 Otras cosas que quizá necesite saber

Directiva anticipada

Puede presentar un formulario por anticipado para decirle al médico o a otro proveedor de cuidado médico lo que debe hacer, o no, si usted está en peligro de morir. Esto se llama *directiva anticipada*.

Los beneficios no son transferibles

Usted y sus familiares elegibles son las únicas personas con derecho a recibir beneficios bajo este plan. El derecho a beneficios no puede ser transferido. El uso fraudulento de dichos beneficios puede resultar en la cancelación de su inscripción de Anthem y/u otra acción legal apropiada.

Conformidad con la ley

Cualquier cláusula de este plan, la cual, en la fecha de entrada en vigencia, esté en conflicto con cualquier estatuto, reglamentación u otra ley aplicable, es por este medio enmendada para que esté de conformidad con los requisitos mínimos de dicha ley.

Gastos en exceso de los beneficios

Ni Anthem ni el programa es responsable por algún gasto en que el miembro pueda incurrir en exceso de los beneficios dispuestos bajo el plan.

Forma o contenido de la EOC

Ningún agente o empleado de Anthem está autorizado para cambiar los términos, condiciones o beneficios de esta EOC.

Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA)

Si usted pierde su seguro médico, podría tener derecho legal a continuar la cobertura del seguro médico, aunque tendría que pagar la cobertura usted mismo.

Cómo pagamos a nuestros proveedores

Anthem PPO paga a los médicos y proveedores de cuidado médico con base en los servicios prestados. Esto significa que los médicos proporcionan servicios médicos a sus pacientes, luego envían una factura a Anthem para cada uno de los servicios prestados. Anthem y estos proveedores de cuidado médico acuerdan sobre cuánto se paga para cada servicio.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Los hospitales y otros centros de cuidado médico son pagados por Anthem en dos formas distintas:

- Un monto fijo de dinero para el servicio que Anthem y el hospital o centro acuerdan por anticipado
- Un monto menor de dinero para el servicio que Anthem y el hospital o centro acuerdan por anticipado (Usted no es responsable por la diferencia).

Su médico puede recibir incentivos financieros de Anthem. Usted podría pedirle a Anthem, a su médico o al grupo médico de su médico un informe por escrito de estos incentivos.

Algunos hospitales participantes pueden tener un acuerdo especial conocido como reaseguro para detener pérdidas. Esta cláusula de pago para detener pérdidas solo se aplica a admisiones certificadas por Anthem en un nivel de atención aguda y donde los pagos bajo este acuerdo estén basados en tasas por día.

Primera línea de defensa contra el fraude

Estamos comprometidos a proteger la integridad de nuestro programa de cuidado médico y la efectividad de nuestras operaciones al prevenir, detectar e investigar fraude, desperdicio y abuso. Combatir el fraude, desperdicio y abuso empieza con el conocimiento y la conciencia.

- *Fraude*: Cualquier tipo de engaño intencional o declaración falsa que se haga con el conocimiento de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para la persona que lo está cometiendo, o cualquier otra persona. El intento en sí constituye fraude, independientemente de si tuvo éxito o no.
- *Desperdicio*: Incluye usar de más los servicios u otras prácticas que, directa o indirectamente, resultan en costos innecesarios. El desperdicio normalmente no es considerado impulsado por acciones intencionales, sino que ocurre cuando los recursos son usados de manera inapropiada.
- *Abuso*: Cuando los proveedores de cuidado médico no siguen buenas prácticas médicas resultando en costos innecesarios o excesivos, pagos incorrectos, uso inapropiado de los códigos o servicios que no son médicamente necesarios.

Para ayudar a prevenir el fraude, desperdicio y abuso, los proveedores pueden ayudar educando a los miembros. Por ejemplo, pasar tiempo con los miembros y revisar sus registros de administración de recetas ayudará a minimizar el fraude de medicamentos. Uno de los pasos más importantes para ayudar a prevenir el fraude de los miembros es tan sencillo como revisar la tarjeta de identificación del miembro. Es la primera línea de defensa contra el posible fraude. Más información en fighthealthcarefraud.com.

La presentación de la tarjeta de identificación (ID) del miembro no garantiza la elegibilidad; los proveedores deben verificar el estatus de un miembro al consultar en línea o por teléfono. Hay apoyo en línea disponible para consultas de los proveedores en el sitio web y se podría obtener verificación telefónica a través de la Línea de consultas de proveedores automatizada al **877-687-0549**.

Los proveedores deben exhortar a sus miembros a proteger sus tarjetas de identificación como lo harían con una tarjeta de crédito, a llevar su tarjeta de beneficios de salud en todo momento e informar a la compañía lo antes posible en caso de que la pierda o se la roben. Entender las diversas oportunidades

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

para el fraude y trabajar con los miembros para proteger su tarjeta de identificación de beneficios de salud puede ayudar a prevenir las actividades fraudulentas. Los proveedores deben instruir a sus pacientes que han perdido su tarjeta de identificación a inspeccionar sus explicaciones de beneficios (EOB) por si hay errores y luego contactar a Servicios para Miembros si hay algo incorrecto.

Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso

Si usted sospecha que un proveedor (por ejemplo: grupo de proveedores, hospital, médico, dentista, consejero, compañía de suministros médicos, etc.) o algún miembro (una persona que recibe beneficios) ha cometido fraude, desperdicio o abuso, usted tiene el derecho de denunciarlo. No se tomarán represalias contra ninguna persona que denuncie violaciones o la sospecha de fraude y abuso. El nombre de la persona y su información, de ser suministrados, que denuncia el incidente se mantiene en estricta confidencia por parte de la Unidad de Investigaciones Especiales (SIU).

Puede denunciar sus inquietudes:

- Visitando nuestro sitio de educación de fighthaltcarefraud.com; en la parte superior de la página seleccione “Report it (Denúncielo)” y complete el formulario de “[Denuncia desperdicio, fraude y abuso](#)”.
- Llamando a Experiencia de los proveedores.
- Llamando a Servicio al Cliente.
- Llamando a la línea directa de fraudes de la SIU para California: **888-231-5044**.

Cualquier incidente de fraude, desperdicio o abuso puede ser denunciado a nosotros de forma anónima; sin embargo, nuestra capacidad para investigar un asunto denunciado anónimamente podría ser dificultada sin suficiente información. Por lo tanto, lo motivamos a darnos tanta información como sea posible. Apreciamos su tiempo en referir una sospecha de fraude, pero sepa que no actualizamos rutinariamente a las personas que hacen las referencias, ya que puede comprometer potencialmente una investigación.

Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso (FWA) de un proveedor:

- Alterar registros médicos para tergiversar los servicios proporcionados realmente
- Facturar servicios no provistos
- Facturar pruebas o procedimientos médicamente innecesarios
- Facturar servicios profesionales realizados por personal inexperto o no calificado
- Declaración falsa de diagnóstico o servicios
- Utilización excesiva
- Pedir, ofrecer o recibir sobornos o coimas
- Cargo por procedimientos separados: cuando se facturan múltiples códigos de procedimiento individualmente para un grupo de procedimientos que deberían ser cubiertos por un solo código de procedimiento integral
- Aumento del código para incrementar la tarifa de reembolso: cuando un proveedor le factura a un pagador de seguro de salud usando un código de procedimiento para un servicio más costoso que el que fue realizado realmente

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.

anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Al denunciar preocupaciones que involucran a un PROVEEDOR (un médico, dentista, consejero, compañía de suministros médicos, etc.), incluya:

- El nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor
- El nombre y la dirección del centro (hospital, hogar de ancianos, agencia de cuidado médico en el hogar, etc.)
- El número de Medicaid del proveedor o centro, si lo sabe
- El tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
- Nombres y números de teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
- Las fechas de los eventos
- Un resumen de lo ocurrido

Ejemplos de fraude y abuso de un miembro

- Falsificar, alterar o vender recetas
- Dejar que alguien más use la tarjeta de identificación del miembro
- Usar la tarjeta de identificación de otra persona

Ejemplos de desperdicio de un miembro

- Violar las políticas de manejo del dolor
- Uso excesivo de servicios de la sala de emergencia para problemas que no sean emergencias

Al denunciar preocupaciones que involucren a un MIEMBRO, incluya:

- El nombre del miembro
- La fecha de nacimiento, el número de identificación del miembro o el número de caso, si lo tiene
- La ciudad donde reside el miembro
- Detalles específicos que describan el fraude, desperdicio o abuso

Proceso de investigación

Investigamos todas las denuncias de fraude, desperdicio y abuso para todos los servicios proporcionados a los miembros. De ser apropiado, los alegatos y los hallazgos de la investigación son denunciados a todas las agencias estatales, reglamentarias y/o de cumplimiento de la ley apropiadas. Además de denunciar, podríamos tomar medidas correctivas con el fraude, desperdicio o abuso de un proveedor, lo cual podría incluir, entre otras:

- *Advertencia por escrito y/o educación:* Enviamos cartas certificadas al proveedor documentando los problemas y la necesidad de mejora. Las cartas podrían incluir educación o solicitudes de recuperaciones o podrían informar sobre acciones adicionales.
- *Revisión de registro médico:* Revisamos los registros médicos para corroborar alegatos o validar presentaciones de reclamaciones.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- *Revisión especial de reclamaciones:* Un codificador profesional certificado evalúa las reclamaciones antes del pago de las reclamaciones designadas. Esta edición previene el pago automático de reclamaciones en situaciones específicas.
- *Recuperaciones:* Recuperamos sobrepagos directamente del proveedor. El hecho de que el proveedor no regrese el sobrepago podría resultar en pago educido de reclamaciones futuras y/o acciones legales adicionales.

Si está trabajando con la SIU, se deben enviar todos los cheques y la correspondencia a:

Special Investigations Unit
740 W. Peachtree St. NW
Atlanta, GA 30308
Attn: investigator name, #case number

Los registros médicos impresos y las reclamaciones tienen otra dirección, la cual es suministrada en la correspondencia de la SIU. Si tiene preguntas, contacte a su investigador. La oportunidad de presentar reclamaciones y registros médicos electrónicamente es una opción si usted se registra para una cuenta de Availity. Contacte a Servicio al Cliente de Availity al **800-AVAILITY (282-4548)** para más información.

Cómo se actúa sobre los hallazgos de la investigación

Si, después de la investigación, la SIU determina que parece que un proveedor ha cometido fraude, desperdicio o abuso, el proveedor:

- Podría ser presentado al comité de credenciales y/o al comité de revisión de colegas para que tomen medidas disciplinarias, incluyendo la terminación del proveedor.
- Será referido a otras autoridades según aplique y/o lo designado por el Estado.
- La SIU referirá todas las sospechas de actividad delictiva cometidas por un miembro o proveedor a las agencias reglamentarias y de cumplimiento de la ley apropiadas.

El no cumplimiento con la política o los procedimientos del programa, o cualquier violación del contrato, podría resultar en la terminación de nuestro plan.

Si un miembro parece haber cometido fraude, desperdicio o abuso o no ha corregido problemas, la inscripción del miembro podría ser cancelada involuntariamente de nuestro plan médico. De ser apropiado y si la evidencia sugiere una posible conducta delictiva de un miembro, se hacen las referencias apropiadas para cumplimiento de la ley.

Varios

La legislación de California también requiere que le hagamos estas divulgaciones:

- La dirección comercial principal de Anthem es 1099 N. Meridian St., Indianapolis, IN 46204.
- A petición suya se le suministrará una copia del contrato del plan.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Según el estatuto, todo contrato entre Anthem y un proveedor debe estipular que, en caso de que Anthem no le pague al proveedor, el suscriptor no será responsable por ninguna suma adeudada por Anthem.
- En caso de que Anthem no le pague a los proveedores no participantes, el suscriptor podría ser responsable ante los proveedores no participantes por el costo de los servicios.

Donación de órganos y tejidos

Donar órganos y tejidos brinda muchos beneficios a la sociedad. La donación de órganos y tejidos permite a los receptores de trasplantes a seguir y llevar vidas más completas y significativas. Actualmente, la necesidad de trasplantes de órganos excede por mucho la disponibilidad. Si está interesado en donación de órganos, hable con su médico. La donación de órganos comienza en el hospital cuando a un paciente se le declara muerte cerebral y es identificado como donante potencial de órganos. Una organización de recuperación de órganos se involucrará para coordinar las actividades. El sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos (www.organdonor.gov) tiene información adicional sobre la donación de sus órganos y tejidos.

Participación pública

Tenemos un Comité Asesor Comunitario para ayudar a nuestra junta de directores. Este grupo está compuesto por miembros de nuestro plan médico, proveedores de la red y un miembro de nuestra junta directiva. Este grupo se asegura de que la comodidad y la dignidad de nuestros miembros sea tomada en consideración. Se asegura de que nuestros servicios sean de fácil acceso para nuestros miembros. El comité podría examinar la forma en que usamos nuestro financiamiento. También podrían revisar quejas que recibimos de nuestros miembros. El Comité Asesor Comunitario le rinde cuentas a nuestra junta de directores. Si usted quiere ser considerado para formar parte del Comité Asesor Comunitario, llame a nuestro número de teléfono del Centro de Atención al Cliente o TTY.

Cómo avisarle de cambios en el plan

A lo largo del año, podríamos enviarle actualizaciones acerca de cambios en el plan. Esto puede incluir actualizaciones para el Listado de proveedores y la EOC. Lo mantendremos informado y estaremos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Llámenos si tiene alguna pregunta acerca de cambios en el plan.

Recibo de información

Para administrar reclamaciones en su nombre, tenemos derecho a recibir información de servicio o tratamiento acerca de usted de cualquier proveedor. Este derecho a recibir información está sujeto a todos los requisitos de confidencialidad aplicables.

- Al presentar una solicitud para cobertura, usted ha autorizado a todo proveedor que suministra cuidado a divulgar todos los datos relativos a su cuidado, tratamiento y condición física, a petición nuestra.

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Usted acepta ayudar en la obtención de esta información de ser necesario.
- Usted puede tener acceso a sus registros médicos.

Reembolso por actos de terceros

Usted debe darnos aviso por escrito dentro de 60 días de presentar una reclamación contra un tercero por cualquier enfermedad, lesión o condición para la cual dicha parte pueda ser responsable o legalmente responsable. Si usted recibe dinero del tercero, debe reembolsarle a Anthem el monto de dinero que pagamos para su tratamiento.

Derecho a recuperación

Cuando cualquier monto pagado por Anthem exceda el monto adeudado bajo esta EOC, Anthem tiene derecho a recuperar el monto en exceso del miembro a menos que sea prohibido por ley.

Términos de cobertura

- Con el fin de que usted tenga derecho a beneficios bajo este plan, tanto su cobertura en este plan y el acuerdo administrativo entre Anthem y el MRMIP deben estar en vigencia en la fecha en que se incurre el gasto que produjo una reclamación de beneficios.
- Este plan, incluyendo todos los términos, beneficios, condiciones, limitaciones y exclusiones podría ser cambiado como lo pueda permitir el director sin su consentimiento o concurrencia.
- Los beneficios a los que tendrá derecho dependerán de los términos de la cobertura que estén vigentes en la fecha en que se genera el gasto que ocasiona una reclamación de beneficios. Se incurre en un gasto en la fecha en que un miembro recibe el servicio o suministro para el cual se hace el cargo.
- Anthem está sujeta a los requisitos de la Ley de Servicio de Cuidado Médico Knox-Keene de 1975, y sus enmiendas, según lo establecido en el Capítulo 2.2 de la División 2 del Código de Salud y Seguridad de California y en la División 1 del Título 28 del Código de Regulaciones de California y cualquier disposición requerida a ser establecida en este documento por cualquiera de los anteriores deberá vincular a Anthem ya esté provisto o no en este plan. Este plan deberá ser interpretado y ejecutado de conformidad con las leyes del estado de California.
- Cualquier cláusula de este plan, la cual, en su fecha de entrada en vigencia, esté en conflicto con cualquier estatuto, reglamentación u otra ley aplicable, es por este medio enmendada para que esté de conformidad con los requisitos mínimos de dicha ley.
- Anthem deberá proporcionarle notificación escrita por lo menos 60 días antes a la terminación o violación de cualquier proveedor participante u hospital general de cuidado agudo, o la incapacidad de realizar bajo, cualquier contrato de proveedor u hospital general de cuidado agudo, si Anthem determina que usted o sus familiares podrían verse material y adversamente afectados por esa razón.

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Seguro de compensación para trabajadores

Esta EOC no afecta ningún requisito para o cobertura, por, seguro de compensación para trabajadores. Tampoco reemplaza ese seguro.

Si conforme a cualquier ley de compensación para trabajadores o responsabilidad del empleador u otra legislación de propósito o importancia similar, un tercero es responsable por todo o parte del costo de los servicios médicos proporcionados por Anthem, proporcionaremos los beneficios de este acuerdo al momento de necesitarse. El miembro aceptará proporcionar a Anthem una retención hasta el grado del valor razonable de los servicios proporcionados por Anthem. La retención podría ser presentada ante el tercero responsable, su agente o el tribunal. Para los fines de esta subsección, valor razonable será el cargo usual, habitual o razonable por servicios en el área geográfica donde se prestan los servicios.

Al aceptar cobertura bajo este acuerdo, los miembros aceptan cooperar en la protección del interés de Anthem bajo esta cláusula y en la ejecución y entrega a Anthem Blue Cross o su nominado de cualquier y toda cesión u otros documentos que podrían ser necesarios, o apropiados, para efectuar y proteger total y completamente los derechos de Anthem o su nominado. Los miembros también aceptan cooperar totalmente con Anthem y no tomar ninguna acción que perjudicaría los derechos de Anthem bajo esta cláusula.

Sus derechos y obligaciones de cuidado médico

Como miembro de este plan médico, usted tiene derecho a:

- Estar informado de sus derechos y obligaciones.
- Que se le proporcione información sobre el plan y sus servicios, incluyendo servicios cubiertos, profesionales y los derechos y las obligaciones de los miembros.
- Poder hablar honestamente con sus médicos acerca de todos los tratamientos apropiados para su condición, sin importar lo que cuesten o si sus beneficios los cubren.
- Estar activamente involucrado en la toma de decisiones acerca de su cuidado médico.
- Ser tratado con respeto y dignidad en todas las situaciones.
- Tener su privacidad protegida por Anthem, sus médicos y todos sus otros proveedores de cuidado médico.
- Saber que la información acerca de usted se mantiene confidencial. (Anthem no compartirá su información médica sin su autorización por escrito o a menos que sea permitido por la ley).
- Estar a cargo de su cuidado médico.
- Sugerir cambios en su plan médico.
- Quejarse acerca de Anthem o el cuidado médico que recibe.
- Apelar una decisión adversa de Anthem acerca del cuidado médico que solicitó o recibió.
- Solicitar una IMR si Anthem deniega, retrasa o modifica un servicio médico porque no es médicamente necesario.
- Hacer recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y obligaciones.
- Usar intérpretes que no sean sus familiares o amigos.
- Solicitar un intérprete sin costo alguno para usted.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Como miembro de este plan médico, usted tiene la obligación de:

- Darle a Anthem, sus médicos y otros proveedores de cuidado médico información correcta necesaria para tratarlo.
- Entender su condición médica y ayudar a su médico a establecer metas de tratamiento en que los dos estén de acuerdo.
- Seguir los planes que ha acordado con sus médicos y sus otros proveedores de cuidado médico.
- Seguir las guías para una vida saludable sugeridas por su médico y sus otros proveedores de cuidado médico.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Parte 11 Definiciones

Lesión accidental: Daño físico o discapacidad que sea el resultado de un incidente específico e inesperado ocasionado por una fuerza externa. El daño físico o la discapacidad deben haber ocurrido en un tiempo y lugar identificable. Lesión accidental no incluye enfermedad o infección, excepto infección de una cortada o herida.

Trabajo de parto activo: Trabajo de parto al momento en que ocurriría cualquiera de las siguientes situaciones:

- Hay tiempo inadecuado para efectuar una transferencia segura a otro hospital antes del parto
- La transferencia representa una amenaza a la salud y seguridad del miembro o el niño no nacido.

Fuera de California o su área de servicio, las emergencias incluyen servicios necesitados con urgencia para evitar un deterioro grave de su salud resultante de enfermedad o lesión imprevista o complicación de una condición existente, incluyendo embarazo y el tratamiento no puede ser retrasado hasta que usted regrese a su área de servicio. Estos servicios necesitados con urgencia también serán cubiertos.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro quirúrgico ambulatorio independiente que debe estar certificado como clínica ambulatoria de acuerdo con las leyes estatales y locales y debe cumplir con todos los requisitos de una clínica ambulatoria que brinda servicios de cirugía. También debe cumplir los estándares de acreditación de la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Cuidado Médico o la Asociación de Acreditación de Cuidado Ambulatorio.

Límite anual máximo de beneficios: El monto máximo pagadero para todos los gastos cubiertos incurridos por un miembro durante un año. Todos los beneficios suministrados están sujetos a este monto máximo.

Máximo de gastos de bolsillo anual: Este monto se refiere al monto máximo que usted tiene que pagar por año de su bolsillo para servicios cubiertos antes de que Anthem pague por sus servicios cubiertos. Después de alcanzar el máximo, usted no tendrá que pagar ningún copago o coseguro más para servicios recibidos de un proveedor de la red, que se aplican a los gastos de su bolsillo.

Referencia autorizada: Ocurre cuando las necesidades médicas de un miembro requieren los servicios de un especialista quien es un proveedor no participante, o cuando un miembro requiere servicios o centros especiales no disponibles en un hospital participante, pero solo cuando existan todas las siguientes condiciones:

- No hay un proveedor participante que tenga práctica en la especialidad apropiada o no hay un hospital participante que proporcione los servicios requeridos o tenga las instalaciones necesarias dentro del condado donde vive el miembro.
- El miembro es referido al hospital no participante o médico no participante por un médico participante.
- La referencia ha sido autorizada por Anthem antes de que se presten los servicios. Además, Anthem autorizará una referencia a un proveedor no participante si no hay proveedores participantes disponibles o accesibles.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7: **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Anthem Blue Cross: Un plan de servicios médicos regulado por el Departamento de Atención de la Salud Administrada de California y que tiene contrato con el programa para administrar este plan.

Cargo negociado de Anthem: El cargo que el plan de farmacia de Anthem ha negociado con la farmacia participante bajo un acuerdo de farmacia participante para gastos cubiertos. Las farmacias participantes han acordado cobrar a los miembros elegibles de Anthem no más del cargo negociado para recetas cubiertas.

Junta: El Departamento de Servicios de Atención de la Salud

Medicamento recetado de marca: Un medicamento recetado que ha sido patentado y es producido solo por un fabricante.

Año calendario: Un periodo de 12 meses que comienza el 1 de enero a las 12:01 a.m. hora estándar del Pacífico.

Hijo: El hijo no casado, legalmente adoptado, hijastro o hijo natural reconocido del suscriptor, que vive con el suscriptor en una relación regular padre-hijo. Un hijo que sea dependiente económicamente del suscriptor donde exista una relación padre-hijo con el suscriptor.

Coseguro: El monto porcentual de un miembro adeudado y pagadero al proveedor de cuidado.

Queja: Una queja también se llama reclamo o apelación. Ejemplos de una queja puede ser cuando:

- No puede recibir un servicio, tratamiento o medicamento que necesita.
- Su plan le niega un servicio y dice que no es médicamente necesario.
- Tiene que esperar demasiado para una cita.
- Recibió un cuidado deficiente o lo trataron descortésmente.
- Su plan no le reembolsa atención de emergencia o urgencia que usted tuvo que pagar.
- Usted recibe una factura que piensa no debe pagar.

Hospital contratante: Un hospital que tiene un contrato con Anthem para proporcionarles cuidado a nuestros miembros. Un hospital contratante no es necesariamente un hospital participante. Contacte a Anthem para determinar si un hospital es contratante.

Copago: Un monto específico de dinero que usted debe pagar cuando recibe un servicio cubierto según lo descrito en la sección de descripción de beneficios. El monto de dinero del copago puede ser \$0 (ningún cargo).

Coordinación de beneficios (COB) significa que si usted está cubierto por otro plan médico, ese plan pagará primero y el plan médico del MRMIP pagará segundo por cualquier servicio que usted recibe bajo el programa MRMIP. El total de los dos pagos no puede ser más del monto total permitido por el plan médico del MRMIP. Para obtener más detalles sobre COB, consulte la página 14 bajo la sección *Coordinación de beneficios*.

Cirugía cosmética: Procedimientos quirúrgicos para alterar o cambiar la forma normal de estructuras del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia.

Costos compartidos: Los copagos o el coseguro que a usted se le requiere pagar para servicios cubiertos.

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Gasto cubierto: El gasto incurrido por un miembro para servicios cubiertos, pero no más que el cargo habitual y razonable o los montos máximos establecidos en las secciones de beneficios correspondientes de esta EOC.

Servicios cubiertos: Servicios o suministros médicamente necesarios enumerados en las secciones de beneficios de esta EOC que los miembros tienen derecho a recibir bajo este plan.

Cobertura acreditable: 1. Cualquier póliza o programa individual o grupal, que es suscrito o administrado por una compañía de seguro para discapacidades, un plan de servicios hospitalarios sin fines de lucro, un plan de servicios de médicos, sociedad de beneficios fraternales, plan de empleador autoasegurado o cualquier otra entidad, en este estado o en cualquier otro lugar y que coordine o proporcione cobertura médica, hospitalaria o quirúrgica no diseñada para complementar otros planes privados o gubernamentales. El término incluye cobertura de continuación o conversión, pero no incluye solo accidentes, créditos, ingresos por discapacidad, suplemento de Medicare, seguro de cuidado a largo plazo, dental, cobertura de la visión emitida como suplemento de seguro de responsabilidad, seguro que surja de compensación para trabajadores o ley similar, seguro automovilístico de pago médico o seguro bajo el cual los beneficios son pagaderos con o sin tomar en cuenta la falla y que estatutariamente se requiera que estén contenidos en cualquier póliza de seguro de responsabilidad o autoseguro equivalente. 2. El programa federal Medicare conforme al Título XVIII de la Ley del Seguro Social. 3. El programa Medicaid conforme al Título XIX de la Ley del Seguro Social. 4. Cualquier otro programa públicamente patrocinado, proporcionado en este estado o en cualquier otro lugar, de cuidado médico, hospitalario o quirúrgico, incluyendo, entre otros, Medicare, Medicaid, cobertura médica de The Peace Corps, CHAMPUS, un programa de cuidado médico del Servicio de Salud Indígena o de una organización tribal o grupo estatal de beneficios de alto riesgo.

Cuidado custodial: Cuidado proporcionado principalmente para cumplir con las necesidades personales del miembro. Esto incluye ayuda para caminar, bañarse o vestirse. También incluye preparar comidas o dietas especiales, alimentar, administración de medicamentos (usualmente autoadministrados) o cualquier otro cuidado que no requiera servicios continuos de personal médico. El cuidado custodial no es un beneficio cubierto bajo esta EOC, excepto hasta el grado incluido en los servicios para enfermos terminales.

Habitual y razonable: Un cargo, según se determina anualmente por Anthem, que cae dentro del rango común de cargos facturados por una mayoría de proveedores, para un procedimiento en una zona geográfica determinada, o un cargo que se justifica con base en la complejidad o gravedad del tratamiento para un caso específico.

Centro de cuidado diurno: Un centro psiquiátrico ambulatorio que es parte de, o está afiliado con, un hospital contratante. Debe estar certificado de acuerdo con las leyes estatales y locales para proporcionar cuidado y tratamiento ambulatorio de trastornos mentales o nerviosos bajo la supervisión de psiquiatras.

Deducible: El monto que usted paga en un año calendario para determinados servicios antes de que el plan cubra esos servicios al monto de copago o coseguro dentro de ese año calendario.

Cancelar la inscripción: Dejar de usar el plan médico porque usted pierde elegibilidad, renuncia al plan médico o porque no paga su prima mensual.

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Medicamentos: Medicamentos recetados aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Programa de cargos limitados de medicamentos: El monto máximo que el plan de farmacia de Anthem considerará como servicios cubiertos cuando su receta sea surtida en una farmacia no participante y es el menor de los cargos facturados o el precio mayorista promedio (un término aceptado en la industria farmacéutica usado como punto de comparación de precios).

Fecha de entrada en vigencia: La fecha de inicio de su cobertura bajo esta EOC. Aparece en su tarjeta de identificación de Anthem.

Miembro de la familia elegible: Cualquiera de las siguientes personas que han estado enumeradas en la solicitud de inscripción individual completada por el suscriptor y que califican para cobertura de acuerdo con todas las normas del programa: cónyuge, pareja doméstica registrada, hijos, hijastros y niños adoptados.

Condición médica de emergencia: Una condición médica o psiquiátrica con síntomas tan graves (incluyendo trabajo de parto activo o dolor intenso) que una persona común prudente, que tenga un conocimiento promedio de salud y medicina, podría pensar razonablemente que la falta de cuidado médico inmediato podría:

- Poner su salud o la salud de su hijo no nacido en riesgo grave
- Causar deterioro grave a las funciones corporales
- Causar disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo

Procedimientos o servicios experimentales: Servicios que no están reconocidos bajo estándares médicos de aceptación general como seguros y efectivos para el tratamiento de una condición en particular.

Formulario (Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos elegidos, aprobada por Anthem, de la que su médico puede recetarle.

FDA: Administración de Alimentos y Medicamentos

Medicamento recetado genérico: Un equivalente farmacéutico de uno o más medicamentos de marca. Debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos como que cumple con los mismos estándares de seguridad, pureza, concentración y efectividad que el medicamento de marca.

Proveedores de cuidado médico: Muchas clases de médicos y especialistas que están cubiertos bajo este plan (por ejemplo: cirujanos, médicos que tratan cáncer o médicos que tratan partes especiales de su cuerpo). Los proveedores deben:

- Tener una licencia para ejercer en California.
- Entregarle un servicio que se paga conforme a este plan. Algunos de los proveedores de cuidado médico incluyen:
 - Audiólogo: Prueba su audición
 - Enfermera partera certificada (CNM): Un profesional clínico que la atiende durante el embarazo y el parto

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Médico de familia (FP): Un médico que atiende condiciones médicas generales para personas de todas las edades
- Médico general (GP): Un médico que atiende condiciones médicas generales
- Enfermero vocacional certificado (LVN): Realiza funciones de enfermería más complejas junto con su médico y está certificado por el estado
- Terapeuta de matrimonio, familia (MFT): Le ayuda con problemas de la familia
- Asistente médico (MA): Una persona no certificada que ayuda a sus médicos a brindarle servicios médicos; también se le puede llamar asistente médico certificado (CMA)
- Enfermero anestesista: Un enfermero que le da anestesia
- Enfermero especializado (NP) o asistente médico (PA): Profesionales clínicos que pueden averiguar qué está mal, tratarlo y cuidarlo
- Ginecólogo obstetra (OB-GYN): Un médico que atiende la salud de mujeres, incluyendo atención prenatal y parto de bebés
- Terapeuta ocupacional (OT): Le ayuda a recuperar habilidades y actividades de la vida diaria después de una enfermedad o lesión
- Pediatra: Un médico que solo trata niños desde el nacimiento hasta la adolescencia
- Terapeuta físico (PT o RPT): Le ayuda a reconstruir su fortaleza física después de una enfermedad o lesión
- Podólogo o quiropodista (DPM, DSP, DSC): Un médico que cuida los pies
- Psicólogo: Un médico que trata problemas mentales
- Enfermero registrado (RN): Tiene una capacitación más amplia que un LVN y tiene certificación del estado para realizar ciertas tareas complejas junto con su médico
- Terapeuta respiratorio (RT): Le ayuda con su respiración
- Patólogo del habla: Le ayuda con su habla

Agencia de cuidado médico en el hogar y asociación de enfermeras visitantes: Le brindan atención de enfermería especializada y otros servicios en su hogar.

Hospital: Un lugar donde puede obtener cuidado para paciente internado y ambulatorio de parte de médicos y enfermeras. Ellos pueden averiguar lo que está mal, tratarlo y atenderlo ahí.

Terapia de infusión: El uso terapéutico de medicamentos u otras sustancias ordenadas por un médico, preparadas, compuestas o administradas por un proveedor calificado y dadas al paciente de cualquier forma que no sea por la boca. También incluye todos los suministros médicamente necesarios y el equipo médico duradero usado en relación con la terapia de infusión en cualquier entorno que no sea una unidad hospitalaria aguda para paciente internado. Esto involucra darle al paciente medicamentos médicamente necesarios y otras sustancias a través de las venas. Para los fines de esta EOC, también deberá incluir medicamentos médicamente necesarios y otras sustancias dadas por aerosol o inyección.

Cuidado de pacientes hospitalizados: Cuando tiene que permanecer en el hospital u otro centro para obtener el cuidado médico que necesita.

Procedimientos investigativos: Los procedimientos que han progresado hasta el uso limitado en humanos no son ampliamente aceptados como procedimientos comprobados y efectivos dentro de la comunidad médica organizada. Esto incluye artículos o servicios que no son comúnmente usados, ya sea cuando son usados antes que todas las otras terapias más convencionales hayan sido usadas y revisadas

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.

[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

minuciosamente, o aquellos que no han sido demostrados como que tienen un valor significativamente mayor que otros servicios o artículos menos costosos.

Monto máximo de por vida: El monto máximo que el plan acepta pagar por gastos médicos a nombre del miembro por servicios cubiertos durante el curso de su vida (o sea, la duración del programa), el cual es \$750,000.

Medicamentos para tratamiento a largo plazo recetados: Medicamentos recetados que son tomados por un periodo prolongado de tiempo para tratar una condición médica crónica.

Medicamento necesario: Procedimientos, suministros, equipos o servicios que se determina que se ajustan a todos los criterios siguientes:

- Apropriados para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de una condición médica
- Se proporcionan para el diagnóstico o el cuidado directo y el tratamiento de la condición médica
- Están dentro de los estándares de la buena práctica médica dentro de la comunidad médica organizada
- No son principalmente para la conveniencia del médico u otro proveedor del paciente
- El procedimiento, suministro, equipo o servicio más apropiado que pueda ser proporcionado con seguridad

Medicare: El programa de seguro hospitalario y médico del gobierno federal para adultos mayores, totalmente discapacitados y personas que tienen enfermedad renal en etapa terminal. Hay dos partes, A y B. La Parte A es la porción hospitalaria y es obligatoria para todos los miembros elegibles. A partir del 1 de diciembre de 2000, United of Wisconsin (una subsidiaria de BCBS of Wisconsin) es el contratista de la Parte A en California. La Parte B es la porción médica y cada miembro elegible de Medicare puede decidir participar en este o no. Aquellos que eligen cobertura de la Parte B pagan una prima adicional al gobierno federal.

Miembro: El suscriptor y todos los miembros elegibles de la familia que están inscritos para cobertura bajo este plan.

Trastornos mentales o nerviosos: Condiciones que afectan el pensamiento y la capacidad para imaginar, la percepción, el estado de ánimo y la conducta. Un trastorno mental o nervioso es reconocido principalmente por síntomas o señales que aparecen como distorsiones del pensamiento normal, distorsiones de la forma en que se perciben las cosas (por ejemplo: ver o escuchar cosas que no están ahí), irritabilidad, cambios repentinos y/o extremos en el ánimo, depresión y/o conducta inusual tal como conducta deprimida o altamente agitada o conducta maniaca. Algunos ejemplos de trastornos mentales o nerviosos son los siguientes: esquizofrenia, trastorno maníaco-depresivo y otras afecciones usualmente clasificadas en la comunidad médica como psicosis; adicción o abuso de drogas, alcohol u otras sustancias; afecciones depresivas, fóbicas, maníacas y de ansiedad (como los trastornos de pánico); trastornos afectivos bipolares, como la manía y la depresión; trastorno obsesivo-compulsivo; hipocondría; trastornos de la personalidad (como la paranoia, el trastorno esquizoide, la dependencia, el comportamiento antisocial y el trastorno límite de la personalidad); demencia y estados delirantes; trastorno por estrés postraumático; síndromes de hiperquinesia (como trastornos por déficit de atención); reacciones de ajuste; reacciones ante el estrés; anorexia nerviosa y bulimia. Cualquier condición que cumpla con esta definición es un trastorno mental o nervioso sin importar la causa.

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Una o más de estas condiciones pueden estar específicamente excluidas en este plan. Sin embargo, las condiciones médicas ocasionadas por la conducta del miembro que puede estar asociadas con estas condiciones mentales (por ejemplo: lesiones autoinfligidas) no están sujetas a estas limitaciones.

Tasa de cargo negociado: La tasa de pago que Anthem ha negociado con el proveedor participante bajo un acuerdo de participante de Prudent Buyer para gastos cubiertos suministrados a los miembros del Plan Prudent Buyer.

Precio negociado (solo proveedores fuera del estado): La tasa de pago que el plan Blue Cross y/o Blue Shield del sitio ha negociado con proveedores participantes en su estado. A menudo este precio negociado constará de un descuento simple. Pero a veces es un monto fijo estimado que ha sido acordado como pago esperado con su proveedor de cuidado médico o grupo de proveedores. El precio negociado también puede ser un descuento de los cargos facturados que refleje los ahorros esperados promedio. El precio estimado o promedio puede ser ajustado para corregir sobre o sub estimación de precios pasados.

Hospital no contratante: Un hospital que no tiene un contrato estándar ni un acuerdo de hospital participante del Plan Prudent Buyer con Anthem.

Farmacia no participante: Una farmacia que no tiene un acuerdo de farmacia participante en vigencia con el plan de farmacia de Anthem al momento en que se prestan los servicios. Usted será responsable por el pago en su totalidad por cualquier medicamento comprado en una farmacia no participante.

Proveedor no participante: Un proveedor que **no** tiene un acuerdo de plan de Prudent Buyer con Anthem:

- Un hospital
- Un médico
- Un centro de cirugía ambulatoria
- Una agencia de cuidado médico en el hogar o asociación de enfermeras visitantes
- Un centro que proporciona servicios de diagnósticos por imágenes
- Un laboratorio clínico
- Un proveedor de terapia de infusión en el hogar
- Un servicio de ambulancias certificado
- Una tienda de equipo médico duradero

Recuerde: solo una porción del monto que un proveedor no participante cobra por servicios puede ser considerada para pago bajo este plan. Consulte la *Parte 5: Resumen de beneficios* para determinar las asignaciones de porcentaje no participante.

Visita al consultorio: Cuando usted va al consultorio del proveedor y le proporcionan uno o más de **solo** los tres servicios siguientes:

- Historial (reunir información sobre una enfermedad o lesión)
- Examen
- Toma de decisión médica (el diagnóstico y plan de tratamiento actual del médico)

Para fines de esta definición, “visita al consultorio” no incluirá ningún otro servicio mientras está en el

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

consultorio de un proveedor (por ejemplo: alguna cirugía, terapia de infusión, radiografía diagnóstica, laboratorio, patología y radiología), o ningún otro servicio realizado distinto a o además de cualquiera de los tres servicios enumerados específicamente arriba.

Proveedor participante de Blue Cross y/o Blue Shield en el sitio: Un hospital, médico u otro proveedor de cuidado médico que tenga un acuerdo con el plan Blue Cross y/o Blue Shield en el sitio dentro de ese estado. Este proveedor ha negociado con el plan Blue Cross y/o Blue Shield en el sitio, ciertos cargos como el precio negociado que le cobrarán a nuestros miembros por servicios cubiertos bajo este acuerdo.

Plan Blue Cross y/o Blue Shield en el sitio: Un plan Blue Cross y/o Blue Shield ubicado fuera del estado de California. Este plan en el sitio tiene un acuerdo con nosotros para procesar reclamaciones para miembros en caso de que reciban servicios en otro estado.

Cuidado ambulatorio: Cuando no tiene que permanecer en el hospital u otro centro para obtener el cuidado médico que necesita.

Madre sustituta pagada: Una suscriptora que, antes de quedar embarazada, suscribe un acuerdo para quedar embarazada y dar a luz un niño para otra persona como la madre pretendida. Esto se hace en intercambio por dinero y no por gastos médicos o de subsistencia reales.

Plan médico participante: Un plan médico que tiene un contrato con el programa para administrar cobertura médica de alto riesgo para suscriptores del programa.

Hospital participante: Un hospital que tiene en vigencia un acuerdo de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) participante con nosotros al momento en que se prestan los servicios. Los hospitales participantes aceptan participar en procedimientos establecidos para revisar la utilización de servicios hospitalarios. No cubrimos servicios hospitalarios que se determine que sean innecesarios, de acuerdo con estos procedimientos de revisión de utilización. Hay disponible una lista de hospitales participantes a petición.

Farmacia participante: Una farmacia que tiene un acuerdo de farmacia participante en vigencia con el plan de farmacia de Anthem al momento en que se prestan los servicios.

Médico participante: Un médico que tiene un acuerdo de PPO participante con Anthem al momento en que se prestan los servicios. Hay disponible una lista de médicos participantes a petición.

Proveedor participante: Un médico u otro proveedor médico participante que tiene en vigencia un acuerdo de Prudent Buyer o centro quirúrgico ambulatorio participante con nosotros al momento en que se prestan los servicios.

Farmacia: Una farmacia minorista certificada.

Médico: Un doctor de medicina (MD) o un doctor de osteopatía (DO) que está certificado para practicar la medicina u osteopatía cuando se proporcione el cuidado.

Plan: El plan Anthem PPO descrito en esta EOC y administrado por Anthem para el estado de California.

Condición preexistente: Una enfermedad, lesión, afección o condición física para la cual consejos médicos, diagnóstico, atención o tratamiento, incluyendo el uso de medicamentos recetados, fue

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

recomendado por o recibido de un profesional médico certificado durante los seis meses inmediatamente precedentes a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del miembro.

Proveedor participante preferido: Un hospital que ha suscrito un acuerdo de participante preferido con Anthem. Hay disponible una lista de estos proveedores a petición.

Receta: Una orden por escrito emitida por un médico.

Autorización previa: Determinación por parte de Anthem de si los servicios son médicamente necesarios.

Programa: El Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto de California. El programa tiene un contrato con Anthem para administrar este plan.

Enfermero de salud mental psiquiátrica: Un enfermero registrado con una maestría en enfermería de salud mental psiquiátrica que cumple con las calificaciones para registrarse y esté registrado como enfermero de salud mental psiquiátrica ante la Junta de Enfermeros Registrados de California.

Cirugía reconstructiva: Realizada cuando hay algo mal con una parte de su cuerpo, incluyendo, entre otros, defectos de nacimiento, enfermedad o lesión. Esta se realiza por razones médicas para que esa parte funcione mejor o para que se vea más como debería.

Residente: Una persona que está presente en California con la intención de permanecer presente excepto cuando está ausente para fines transitorios o temporales.

Normas del programa: Estatutos, leyes y reglamentaciones de la junta que rigen el programa y determinan las calificaciones para y los derechos y deberes de los miembros. Los estatutos están en la Parte 6.5 de la División 2 del Código de Seguros de California y las reglamentaciones de la junta están en el Capítulo 5.5, Título 10 del Código de Reglamentaciones de California.

Condición grave: Una condición que puede ocasionar pérdida de la vida, pérdida de una extremidad, pérdida de una función corporal o deterioro sustancial incluyendo, entre otras, una condición crónica grave.

Trastornos emocionales graves (SED) significa una condición mental diagnosticada en un niño que sea un “trastorno de abuso de sustancias” o “trastorno del desarrollo”. Un niño con SED también se comporta en una forma no apropiada para la edad del niño. Un departamento de salud del condado decide si un niño tiene SED basado en la Legislación de California (Código de Bienestar e Instituciones Sección 5600.3(a)(2)). Al tomar esa decisión, el condado considerará si un niño tiene determinados problemas. Estos podrían incluir problemas para cuidar de sí mismo, problemas en la escuela o problemas con las relaciones familiares. El niño también podría tener otros problemas tal como estar en riesgo de suicidio o violencia. El niño también podría cumplir con los requisitos de educación especial del estado. El condado también podría examinar si el niño está en riesgo de ser retirado del hogar y cuánto tiempo se espera que dure la condición.

Área de servicio: Para Anthem, el estado de California.

Enfermedad mental grave (SMI) es una condición de salud mental que incluye: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníaca-depresiva), trastornos depresivos importantes, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.

[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Centro de enfermería especializada: Un lugar que le brinda servicio de enfermería las 24 horas del día que solo un profesional de salud capacitado podría dar.

Unidades de cuidado especial: Áreas especiales de un hospital que tienen personal altamente calificado y equipos especiales para condiciones agudas que requieren tratamiento y observación constante.

Suscriptor: Una persona que es elegible para y recibe cobertura mediante el programa. *Suscriptor* no incluye una persona que está recibiendo cobertura mediante el programa como el niño inscrito de un suscriptor.

Telesalud: El modo de brindar servicios de cuidado médico y salud pública usando tecnologías de información y comunicación para permitir el diagnóstico, consulta, tratamiento, educación, administración de cuidados médicos y automanejo de un paciente a una distancia de los proveedores de cuidado médico.

Proveedor de telesalud corporativo externo: Una empresa contratada directamente por un plan que proporciona servicios médicos exclusivamente a través de una plataforma tecnológica de telesalud y no tiene ubicación física en la cual un paciente puede recibir servicios.

Triage o Evaluación significa la evaluación de la salud de un miembro, realizada por un médico o un enfermero capacitados para determinar la urgencia de la necesidad de cuidado del miembro. [Esta definición solo se aplica a los efectos de las obligaciones del plan según el Título 28, Sección 1300.67.2.2.].

Tiempo de espera para triaje o evaluación significa el tiempo de espera para hablar por teléfono con un médico o un enfermero que tiene capacitación para evaluar a un miembro que podría necesitar cuidado. Esta definición solo se aplica para los fines de las obligaciones del plan bajo el Título 28, Sección 1300.67.2.2.

Nosotros (nos, nuestro): Se refiere a Anthem.

Usted (su): Se refiere al suscriptor y todos los miembros elegibles de la familia que están inscritos para beneficios bajo esta EOC.

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003. Este aviso fue revisado más recientemente en junio de 2022.

Lea este aviso detenidamente. Este le informa quién puede ver su información de salud protegida (PHI). Le dice cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartirla. Le dice cuándo podemos compartirla sin su autorización. También le dice qué derechos tiene para ver y cambiar su información.

La información sobre su salud y dinero es privada. La ley dice que debemos mantener esta clase de información, llamada PHI, segura para nuestros miembros. Esto significa que, si es un miembro en este momento o solía serlo, su información está segura.

Obtenemos información suya de agencias estatales para Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Niños después de que es encontrado elegible y se inscribe en nuestro plan médico. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales de modo que podamos autorizar y pagar su cuidado médico.

La ley federal dice que debemos informarle lo que dice la ley que tenemos que hacer para proteger la PHI que nos fue dicha, por escrito o guardada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la mantenemos segura. Para proteger la PHI:

- En papel (llamada física), nosotros:
 - Tenemos bajo llave nuestras oficinas y archivos
 - Destruimos el papel con información de salud de modo que otros no puedan tener acceso a ella
- Guardada en computadora (llamada técnica), nosotros:
 - Utilizamos contraseñas de modo que solo las personas correctas pueden tener acceso a ella
 - Utilizamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas
- Utilizada o compartida por personas que trabajan para nosotros, médicos o el estado, nosotros:
 - Creamos normas para mantener segura la información (llamadas políticas y procedimientos)
 - Enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las normas

¿Cuándo está bien para nosotros utilizar y compartir su PHI?

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted elija que ayude o pague por su cuidado médico, si usted nos dice que está bien. Algunas veces, podemos utilizarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su cuidado médico**
 - Para ayudar a los médicos, hospitales y otros a brindarle el cuidado que usted necesita
- **Para pago, operaciones médicas y tratamiento**
 - Para compartir información con los médicos, clínicas y otros que nos facturan por su cuidado
 - Cuando decimos que pagaremos por su cuidado médico o servicios antes de que se los brinden

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7: **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, así como apoyarlo y ayudarlo a recibir los beneficios y servicios disponibles. Podríamos obtener su PHI de fuentes públicas y podríamos dar su PHI a intercambios de información de salud para pagos, operaciones médicas y tratamiento. Si no quiere esto, visite [anthem.com/ca/privacy](https://www.anthem.com/ca/privacy) para más información.
- **Para razones comerciales de cuidado de salud**
 - Para ayudar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y el trabajo diario
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Para razones de salud pública**
 - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se hagan daño
- **Con otras personas que ayudan o pagan por su cuidado**
 - Con su familia o una persona elegida por usted que le ayuda o paga por su cuidado médico, si usted nos dice que está bien
 - Con alguien que le ayuda o paga por su cuidado médico, si usted no puede hablar por sí mismo y es lo mejor para usted

Debemos obtener su autorización por escrito antes de que utilicemos o compartamos su PHI para todo, salvo su cuidado, pago, actividades diarias, investigación u otras cosas listadas a continuación. Tenemos que obtener su autorización por escrito antes de que compartamos informes de psicoterapia de su médico sobre usted.

Podría informarnos por escrito que desea retirar su autorización escrita. No podemos retirar lo que hemos utilizado o compartido cuando tuvimos su autorización. Pero, detendremos la utilización o distribución de su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos, o la ley dice que tenemos que, utilizar su PHI:

- Para ayudar a la policía y otras personas que se aseguran de que otros cumplan con las leyes
- Para denunciar abuso y abandono
- Para ayudar al tribunal cuando se nos pide hacerlo
- Para contestar documentos legales
- Para dar información a agencias de supervisión de la salud para cosas como auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerales a averiguar su nombre y causa de muerte
- Para ayudar cuando usted ha pedido dar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para investigación
- Para mantenerlo a usted y otros saludables o evitar que se lesionen gravemente
- Para ayudar a las personas que trabajan para el gobierno con ciertos trabajos
- Para dar información a compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

¿Cuáles son sus derechos?

- Usted puede pedir ver su PHI y obtener una copia de esta. Tendremos 30 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo. Aunque, no tenemos todo su registro médico. **Si desea una copia de todo su registro médico, pídasela a su médico o clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos suyo si piensa que algo está equivocado o que falta. Tendremos 60 días para enviárselo. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo.
- Algunas veces, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no tenemos que aceptar su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente a la que tenemos para usted o de alguna otra manera. Podemos hacerlo si enviarla a la dirección que tenemos para usted puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos todas las veces durante los últimos seis años que hemos compartido su PHI con alguien más. Esto no listará las veces que la hemos compartido debido a cuidado médico, pago, actividades diarias de cuidado médico o algunos otros motivos que no enumeramos aquí. Tendremos 60 días para enviárselo. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo.
- Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si la pidió por correo electrónico.
- Si paga la factura completa por un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta la información sobre ese servicio con nosotros.

¿Qué tenemos que hacer?

- La ley dice que debemos mantener su PHI en privado, excepto como hemos dicho en este aviso.
- Debemos decirle lo que dice la ley que tenemos que hacer sobre la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Debemos enviar su PHI a algunas otras direcciones o en una manera diferente a la de su correo usual por motivos que tengan sentido, como si está en peligro.
- Debemos informarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos ha pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes del estado dicen que tenemos que hacer más de lo que hemos dicho aquí, seguiremos esas leyes.
- Tenemos que informarle si pensamos que su PHI ha sido violada.

Cómo lo contactaremos

Nosotros, junto con nuestros afiliados y/o proveedores, podríamos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática y/o una voz artificial. Lo hacemos únicamente conforme a la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas podrían ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.

[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

que lo contactemos por teléfono, dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio. O podría llamar al **844-203-3796** para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

¿Qué pasa si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o quiere utilizar sus derechos, llame al número gratuito del Centro de Atención al Cliente al **800-407-4627** o al **888-285-7801** para miembros en Los Angeles de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico. Si es sordo o tiene problemas auditivos, llame al **TTY 711**.

Para ver más información

Para leer más información sobre cómo recopilamos y utilizamos su información, sus derechos de privacidad y detalles sobre otras leyes estatales y federales de privacidad, visite nuestra página web de Privacidad en <https://www.anthem.com/privacy>.

¿Qué pasa si tiene una queja?

Estamos a su disposición para ayudar. Si cree que su PHI no se ha mantenido a salvo, podría llamar al Centro de Atención al Cliente o contactar al Departamento de Salud y Servicios Humanos. No pasará nada malo si usted se queja.

Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 Seventh St., Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Teléfono: **800-368-1019**
TDD: **800-537-7697**
Fax: 415-437-8329

o

Privacy Officer
c/o Office of HIPAA Compliance
Department of Health Care Services (DHCS)
P.O. Box 997413, MS 4722
Sacramento, CA 95899-7413

Correo electrónico: privacyofficer@dhcs.ca.gov
Teléfono: **916-445-4646**
Fax: 916-440-7680

o

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Information Security Officer
DHCS Information Security Office
P.O. Box 997413, MS 6400
Sacramento, CA 95899-7413

Correo electrónico: iso@dhcs.ca.gov
Teléfono: Servicio de Ayuda de ITSD
916-440-7000 o **800-579-0874**
Fax: 916-440-5537

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y las formas en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos acerca de los cambios en un boletín. También los publicaremos en el sitio web en anthem.com/ca/medi-cal.

Raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género

Recibimos información sobre su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género de la agencia estatal de Medicaid y del Programa de Seguro de Salud para Niños. Protegemos esta información según lo descrito en este aviso.

Utilizamos esta información para:

- Asegurarnos de que usted reciba el cuidado que necesita.
- Crear programas para mejorar resultados de salud.
- Crear y enviar información de educación sobre salud.
- Informar a los médicos sobre sus necesidades lingüísticas.
- Proporcionar servicios de interpretación y traducción.

No utilizamos esta información para:

- Emitir seguro médico.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar beneficios.
- Compartir con usuarios no aprobados.

Su información personal

Podríamos pedirle, utilizar y compartir información personal (PI) tal como lo conversamos en este aviso. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Con frecuencia se toma por razones del seguro.

- Podríamos utilizar su PI para tomar decisiones sobre su:
 - Salud
 - Hábitos
 - Pasatiempos

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Podríamos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos como:
 - Médicos
 - Hospitales
 - Otras compañías de seguro
- Podríamos compartir la PI con personas o grupos ajenos a nuestra compañía sin su autorización en algunos casos.
- Le informaremos antes de hacer cualquier cosa, en donde tengamos que darle la oportunidad para que se niegue.
- Le diremos cómo informarnos si no quiere que utilicemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Anthem Blue Cross cumple con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, sobre la base de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Revisado, junio de 2022

1044459CAMSPABC 08/22

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7 **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

1034332CAMSPABC 10/22

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Anthem Blue Cross cumple con las leyes federales sobre derechos civiles. No discriminamos a las personas debido a su:

- Raza
- Color
- Nacionalidad
- Edad
- Discapacidad
- Sexo

Es decir, usted no será objeto de exclusión o trato diferente por ninguno de estos motivos.

Es importante comunicarnos con usted

Para personas con discapacidades o que hablan un idioma distinto al inglés, les ofrecemos estos servicios sin costo alguno:

- Intérpretes calificados del lenguaje de señas
- Materiales escritos en letra grande, audio, electrónicos y otros formatos
- Ayuda de intérpretes calificados en su idioma
- Materiales escritos en su idioma

Para obtener estos servicios, llame al número del Centro de Atención al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación. O puede llamar a nuestro Coordinador de quejas al **877-687-0549 (TTY 711)**.

Sus derechos

¿Cree que no recibió estos servicios o que lo discriminamos por alguno de los motivos señalados? De ser así, usted puede presentar un reclamo (una queja). Envíe su solicitud por correo o por teléfono:

Grievance Coordinator
Anthem Blue Cross
P.O. Box 60007
Los Angeles, CA, 90060-0007
Teléfono para el MRMIP: 877-687-0549
(TTY 888-757-6034)

¿Necesita ayuda para presentar el reclamo? Llame a nuestro Coordinador de reclamos al número indicado arriba. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

- En la web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Por correo: **U.S. Department of Health and Human Services**
200 Independence Ave. SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
- Por teléfono: **800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)**

Para obtener un formulario de queja, visite hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7: **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

AVISO SOBRE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contraria a la ley. Anthem Blue Cross sigue las leyes estatales y federales de derechos civiles. Anthem no discrimina ilegalmente, excluye personas o las trata de manera distinta debido a **sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.**

Anthem brinda:

- Ayudas y servicios gratuitos para personas que tienen discapacidades con el fin de ayudarlas a comunicarse mejor, tales como:
 - ✓ Intérpretes calificados del lenguaje de señas
 - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo primer idioma no es el inglés, tales como:
 - ✓ Intérpretes calificados
 - ✓ Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, contacte a Anthem entre lunes y viernes de 7 a.m. a 7 p.m. llamando gratuitamente al 800-407-4627 o al 888-285-7801 (TTY 711) para miembros en Los Angeles. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al TTY 711. A solicitud, este documento puede hacerse disponible en braille, letra grande, audiocasete o forma electrónica. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternos, llame o escriba a:

Para miembros en Los Angeles:

Anthem Blue Cross
P.O. Box 9054
Oxnard, CA 93031-9054
888-285-7801 (TTY 711) línea gratuita, de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

Para todos los otros miembros:

Anthem Blue Cross
P.O. Box 60007
Los Angeles, CA 90060-0007
800-407-4627 (TTY 711) línea gratuita, de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

Si cree que Anthem no proporcionó estos servicios o lo discriminó ilegalmente de otra manera por motivos de **sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar un reclamo ante los coordinadores de reclamos. Puede presentar un reclamo por teléfono, por escrito, en persona o por medios electrónicos:**

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7: **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

- Por teléfono: Contacte a nuestros coordinadores de reclamos entre lunes y viernes de 7 a.m. a 7 p.m. llamando gratuitamente al 800-407-4627 o al 888-285-7801 (TTY 711) para miembros en Los Angeles. O, si no puede escuchar o hablar bien, llame al TTY 711.
- Por escrito: Llene un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:
Para miembros en Los Angeles:
Grievance Coordinator
Anthem Blue Cross
P.O. Box 9054
Oxnard, CA 93031-9054
Para todos los otros miembros:
Grievance Coordinator
Anthem Blue Cross
P.O. Box 60007
Los Angeles, CA 90060-0007
- En persona: Visite el consultorio de su médico o a Anthem y diga que quiere presentar un reclamo.
- Por medios electrónicos: Visite el sitio web de Anthem en anthem.com/ca/medi-cal.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al **711** (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones)
- Por escrito: Llene un formulario de queja o envíe una carta a:
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
Hay disponibles formularios de queja en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- Por medios electrónicos: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7: **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
anthem.com/ca/medi-cal

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

OFICINA DE DERECHOS CIVILES DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Si cree que ha sido discriminado sobre la base de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al TTY/TDD 1-800-537-7697.

- **Por escrito:** Llene un formulario de queja o envíe una carta a:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

Hay disponibles formularios de queja en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Por medios electrónicos:** Visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7: **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Asistencia en otros idiomas

English

Do you need help with your healthcare, talking with us, or reading what we send you? We provide our materials in other languages and formats, including braille, large print, and audio at no cost to you. Call us toll free at 800-407-4627 (TTY 711), or 888-285-7801 (TTY 711) for members in Los Angeles.

Español (Spanish)

¿Necesita ayuda con su cuidado de la salud, para hablar con nosotros o leer lo que le enviamos? Proporcionamos nuestros materiales en otros idiomas y formatos, incluyendo braille, letras grandes y audio sin costo para usted. Llámenos a la línea gratuita al 800-407-4627 (TTY 711), o 888-285-7801 (TTY 711) para miembros en Los Angeles.

中文(Chinese)

您在醫療保健、向我們諮詢、或是閱讀我們寄給您的資料時有需要任何的幫助嗎？我們以其他語言和格式提供我們的資料，包括點字、大型字體印刷和音訊格式，您無需支付任何費用。歡迎撥打我們的免費電話 800-407-4627 (TTY 711)，Los Angeles 的會員或可致電 888-285-7801 (TTY 711)。

Tagalog (Tagalog)

Kailangan ba ninyo ng tulong sa inyong pangangalagang pangkalusugan, sa pamamagitan ng pakikipag-usap sa amin o pagbasa sa kung ano ang ipinapadala namin sa inyo? Nagbibigay kami ng aming mga materyal sa ibang mga wika at anyo, kasama ang braille, malaking titik at audio na wala kayong gagastusin. Tumawag sa amin nang walang toll sa 800-407-4627 (TTY 711), o 888-285-7801 (TTY 711) para sa mga miyembro sa Los Angeles.

Tiếng Việt (Vietnamese)

Quý vị có cần chúng tôi giúp với việc chăm sóc sức khỏe của quý vị, trao đổi với chúng tôi, hoặc đọc những tài liệu chúng tôi gửi cho quý vị hay không? Chúng tôi cung cấp các tài liệu bằng các ngôn ngữ và định dạng khác, bao gồm chữ nổi, chữ in lớn và âm thanh, miễn phí cho quý vị. Hãy gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn cước 800-407-4627 (TTY 711), hoặc 888-285-7801 (TTY 711) dành cho các hội viên tại Los Angeles.

한국어(Korean)

의료 서비스, 당사와의 소통 또는 당사에서 보내는 자료 읽기와 관련해 도움이 필요하십니까? 점자, 대형 활자, 오디오 등을 비롯하여 다른 언어나 형식으로 자료를 무료로 제공해 드립니다. 800-407-4627 (TTY 711) 번으로 연락하시거나 로스앤젤레스 회원은 888-285-7801 (TTY 711) 번으로 무료로 연락하시기 바랍니다.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7: **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Հայերեն (Armenian)

Դուք օգնության կարիք ունե՞ք Ձեր առողջապահական խնամքի, մեզ հետ խոսելու կամ մեր կողմից Ձեզ ուղարկվածը կարդալու հարցում: Մենք մեր նյութերը Ձեզ անվճար տրամադրում ենք այլ լեզուներով և ձևաչափերով, այլ թվում Բրայլով, մեծ տպագրությամբ և աուդիո տարբերակով: Los Angeles-ում գտնվող անդամների համար զանգահարե՛ք 800-407-4627 (հեռատիպ՝ 711) կամ 888-285-7801 (հեռատիպ՝ 711) հեռախոսահամարով:

فارسی (Farsi)

آیا در رابطه با مراقبت بهداشتی درمانی خود، گفتگو با ما یا خواندن مطالب ارسالی به شما، به کمک نیاز دارید؟ ما مطالب خود را به سایر زبانها و قالبها شامل خط بریل، چاپ درشت و صوتی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌دهیم. اعضای ساکن لس آنجلس می‌توانند از طریق شماره رایگان (TTY 711) 800-407-4627 یا (TTY 711) 888-285-7801 با ما تماس بگیرند.

العربية (Arabic)

هل تحتاج إلى مساعدة بخصوص رعايتك الصحية أو التحدث معنا أو قراءة ما نرسله إليك؟ نحن نقدم المواد الخاصة بنا بلغات وتنسيقات أخرى، بما في ذلك بطريقة بريل والطباعة بحروف كبيرة والملفات الصوتية، بدون أي تكلفة عليك. يُرجى الاتصال بنا على الرقم المجاني 800-407-4627 (الهاتف النصي 711) أو على رقم 888-285-7801 (الهاتف النصي 711) بالنسبة للأعضاء المقيمين في لوس أنجلوس.

Русский (Russian)

Вам нужна помощь с медицинским обслуживанием, консультацией или материалами, которые мы вам прислали? Мы можем бесплатно предоставить вам материалы на других языках и в других форматах, включая шрифт Брайля, крупный шрифт или аудиоформат. Звоните нам по бесплатному номеру 800-407-4627 (TTY 711) или 888-285-7801 (TTY 711) для участников, проживающих в Лос-Анджелесе.

हिन्दी (Hindi)

क्या आपको अपनी स्वास्थ्य देखभाल के लिए, हमसे बात करने के लिए या जो हम आपको भेजते हैं उसे पढ़ने के लिए, मदद की ज़रूरत है? हम अपनी सामग्री को अन्य भाषाओं और प्रारूपों में आपको बिना किसी लागत के उपलब्ध कराते हैं, जिसमें ब्रेल, बड़े प्रिंट, और ऑडियो शामिल हैं। हमें टॉल फ्री नंबर 800-407-4627 (TTY 711) पर कॉल करें, या लॉस एंजेलिस में सदस्यों के लिए 888-285-7801 (TTY 711) पर कॉल करें।

日本語 (Japanese)

ヘルスケアに関してご質問やご相談はありませんか？当社からお送りした資料のことでお困りですか？資料は英語以外の言語のほか点字や読みやすい大きな活字、音声版もご用意しています。いずれも無料です。フリーダイヤル 800-407-4627 (TTY 711)、ロサンゼルスにお住まいの方は 888-285-7801 (TTY 711) までお電話ください。

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7: 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.

[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

ភាសាខ្មែរ [Khmer (Cambodian)]

តើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយនឹងការថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នក ការពិគ្រោះជាមួយយើងខ្ញុំ ឬការអាននូវអ្វីដែលយើងខ្ញុំធ្វើជូនលោកអ្នកឬ? យើងផ្តល់ជូនឯកសាររបស់យើងជាភាសា និងទម្រង់ផ្សេងទៀត ដែលរួមមានអក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក អក្សរពោះពុម្ពធំៗ និងជាសំឡេង ដោយមិនគិតថ្លៃពីលោកអ្នកឡើយ។ សូមហៅទូរស័ព្ទដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 800-407-4627 (TTY 711) ឬ 888-285-7801 (TTY 711) សម្រាប់សមាជិកនៅក្នុងទីក្រុង Los Angeles ។

Hmoob (Hmong)

Koj puas xav tau kev pab hais txog kev saib xyuas mob nkeeg rau koj, tham nrog peb los sis pab nyeem daim ntawv peb xa tuaj rau koj? Peb pab txhais cov ntaub ntawv pub dawb rau koj xws li muab txais ua lwm hom ntawv thiab muab sau ua lwm yam xws li cov ntawv sau rau cov neeg dig muag xuas, muab luam tawm kom loj thiab kaw ua suab lus. Hu peb ntawm tus xov tooj hu dawb ntawm 800-407-4627 (TTY 711), los sis 888-285-7801 (TTY 711) rau cov tswv cuab nyob hauv Los Angeles.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਲਈ, ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਂ ਜੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੇਜਦੇ ਹਾਂ, ਉਸਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਲਈ ਮਦਦ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ? ਅਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਮੱਗਰੀ ਨੂੰ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਅਤੇ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖਿੱਚਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਦੇ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬੁੱਲ, ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਅਤੇ ਆਡੀਓ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਲਾਸ ਐਂਜਲਸ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਮੈਂਬਰ, ਸਾਨੂੰ ਟੈਲ ਫ਼ਰੀ ਨੰਬਰ 800-407-4627 (TTY 711) ਜਾਂ 888-285-7801 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ລາວ (Laotian)

ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ລົມກັບພວກເຮົາ, ຫຼື ອ່ານສິ່ງທີ່ພວກເຮົາສົ່ງໃຫ້ທ່ານບໍ? ພວກເຮົາສະໜອງເອກະສານຂອງພວກເຮົາໃຫ້ເປັນພາສາອື່ນ ແລະ ຢູ່ໃນພິມມັດຕ່າງໆ, ລວມທັງອັກສອນນູນ, ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ແລະສຽງໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃດໆ. ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ພຣີທີ່ເບີ 800-407-4627 (TTY 711), ຫຼື 888-285-7801 (TTY 711) ສຳລັບສະມາຊິກໃນ Los Angeles.

ไทย (Thai)

คุณต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของคุณ การปรึกษาเรา หรือการอ่านข้อมูลที่เราส่งให้คุณหรือไม่ เราให้บริการข้อมูลในภาษาและรูปแบบอื่นๆ ซึ่งรวมถึงอักษรเบรลล์ การขยายขนาดอักษร และข้อความเสียงโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย โทรหาเราได้ฟรีที่หมายเลข 800-407-4627 (TTY 711) หรือ 888-285-7801 (TTY 711) สำหรับสมาชิกในลอสแอนเจลิส

Українська (Ukrainian)

Вам потрібна допомога з медичним обслуговуванням, у розмові з нами або читанні матеріалів, які ми вам надсилаємо? Ми безкоштовно надаємо наші матеріали іншими мовами та в інших форматах, включаючи шрифт Брайля, великий шрифт і аудіо-формат.

Centro de Atención al Cliente: 877-687-0549
TTY: 888-757-6034
Línea de Enfermería 24/7: 800-224-0336
TTY: 711

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)

Evidencia de Cobertura del Programa de Seguro Médico de Riesgo Alto/año de beneficios 2023

Телефонуйте нам безкоштовно за номером 800-407-4627 (TTY 711) або 888-285-7801 (TTY 711) для учасників, які мешкають у Los Angeles.

Mienh waac (Mien)

Meih qiex longc mienh tengx goux mangc taux meih nyei buonh sin heng-wangc nor, ca'laangh caux yie mbuo, a'fai tengx doqc mangc dungh yie mbuo fungx bun meih wuov deix sou fai? Yie mbuo dor sou-muotc jaa-dorngx benx da'nyeic fingz waac daaih bun aengx caux sou-guv daan, lemh jienv nzangc-pokc, aamz benx domh sou-fangx aengx caux waac-qiez bun wang-henh muangx maiv zuqc feix luic meih cuotv nyaanh. Longc wang-henh douc waac fonh yiem naaiv 800-407-4627 (TTY 711), a'fai 888-285-7801 (TTY 711) liouh zuangx mienh muoz haaix dauh yiem njiec Los Angeles.

Centro de Atención al Cliente: **877-687-0549**
TTY: **888-757-6034**
Línea de Enfermería 24/7: **800-224-0336**
TTY: **711**

Las líneas TTY son solo para miembros que tienen pérdida auditiva o del habla.
[anthem.com/ca/medi-cal](https://www.anthem.com/ca/medi-cal)