Santa Clara County, CA
2022

Aviso anual de cambios

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

¿Tiene alguna pregunta?
Llámenos al **1-855-817-5785** (TTY: **711**),
de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
La llamada no tiene costo. O bien, visite **duals.anthem.com**.

Anthem BlueCross

H6229_22_3000305_U_SP CMS Accepted 08/29/2021

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) ofrecido por Anthem Blue Cross

Aviso anual de cambios para 2022

Introducción

Actualmente, está inscrito como miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. El próximo año habrá algunos cambios en los beneficios, la cobertura, las normas y los costos del plan. Este *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios y dónde puede encontrar más información sobre ellos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Descargos de responsabilidad 3

B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año 3

B1. Recursos adicionales 4

B2. Información sobre Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 5

B3. Cosas importantes que debe hacer: 6

C. Cambios en los proveedores y las farmacias de la red 7

D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 8

D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos 8

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados 8

D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial” 10

D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica” 12

E. Cómo elegir un plan 14

E1. Cómo seguir inscrito en nuestro plan 14

E2. Cómo cambiar de plan 14

F. Cómo obtener ayuda 18

F1. Cómo obtener ayuda de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 18

F2. Cómo obtener ayuda del corredor de seguros encargado de las inscripciones del estado 18

F3. Cómo recibir ayuda del Cal MediConnect Ombuds Program 18

F4. Cómo obtener ayuda del Health Insurance Counseling and Advocacy Program 19

F5. Cómo recibir ayuda de Medicare 19

F6. Cómo recibir ayuda del California Department of Managed Health Care 20

A. Descargos de responsabilidad

- Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan médico que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos.
- Esta no es una lista completa. La información sobre beneficios es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan o lea el *Manual del miembro* de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.
- El uso de medicamentos opioides para tratar el dolor durante más de siete días conlleva riesgos graves, como adicción, sobredosis e incluso muerte. Si el dolor continúa, hable con su médico sobre tratamientos alternativos de menor riesgo. Estas son algunas opciones sobre las que puede consultar a su médico: medicamentos no opioides, acupuntura, fisioterapia para ver si son adecuados para usted. Averigüe cómo cubre su plan estas opciones llamando a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**).

B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año

Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que continuará satisfaciendo sus necesidades el próximo año. Si no es así, puede dejar el plan. Consulte la sección E2 para obtener más información.

Si elige dejar Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, su membresía terminará el último día del mes en el cual haya hecho su solicitud.

Si deja nuestro plan, seguirá inscrito en los programas de Medicare y Medi-Cal, siempre y cuando sea elegible.

- Podrá elegir cómo recibir los beneficios de Medicare (consulte la página 15).
- Usted obtendrá sus beneficios de Medi-Cal a través del plan de atención administrada de Medi-Cal que elija (consulte la página 17 para obtener más información).

B1. Recursos adicionales

- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-817-5785** (TTY: **711**), Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Llame al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-855-817-5785** (TTY: **711**) ，週一至週五上午 8：00-晚上 8：00。通話免費。	Chinese
CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, cho quý vị. Xin gọi số **1-855-817-5785** (TTY: **711**), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 8:00 tối. Cuộc gọi được miễn tính cước phí.	Vietnamese
PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo nang walang bayad ang mga serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa **1-855-817-5785** (TTY: **711**), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag.	Tagalog

- Puede obtener este *Aviso anual de cambios* gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.
- Puede obtener este documento gratis en otros idiomas y formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros al número que está en la parte inferior de esta página. Cuando llame, indique si su solicitud es permanente. Eso quiere decir que enviaremos los mismos documentos en el formato e idioma solicitados todos los años. También puede llamarnos para cambiar o cancelar la solicitud permanente. Además, puede encontrar los documentos en línea, en **duals.anthem.com**.

B2. Información sobre Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

- Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan médico que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos.
- La cobertura en virtud de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan califica como "cobertura médica esencial mínima". Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y de la Atención de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan es ofrecido por Anthem Blue Cross. En este *Aviso anual de cambios*, "nosotros", "nos" o "nuestro" hacen referencia a Anthem Blue Cross. Cuando se habla de "el plan" o "nuestro plan", se refiere a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

B3. Cosas importantes que debe hacer:

- **Verifique si hay algún cambio en nuestros beneficios y costos que pueda afectarle.**
  - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que utiliza?
  - Es importante revisar los cambios en los beneficios y costos para asegurarse de que satisfagan sus necesidades el próximo año.
  - Consulte las secciones D y D1 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- **Verifique si hay algún cambio en la cobertura de medicamentos recetados que pueda afectarle.**
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Los medicamentos están en otro nivel de distribución de costos? ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias?
  - Es importante verificar los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos satisfará sus necesidades el próximo año.
  - Consulte la sección D2 para obtener información acerca de cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado.
    - Hable con su médico acerca de las alternativas de costo más bajo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle dinero en gastos de bolsillo anuales durante todo el año.
    - Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage. (Haga clic en el enlace “tableros de control” en la mitad de la Nota hacia la parte inferior de la página. Estos tableros resaltan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información anual sobre los precios de los medicamentos.)
    - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- **Verifique si sus proveedores y farmacias formarán parte de nuestra red el próximo año.**
  - ¿Se encuentran sus médicos, incluso los especialistas, en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que utiliza?
  - Consulte la sección C para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Piense en sus costos totales del plan.**
  - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que utiliza regularmente?
  - ¿Cómo son los costos totales en comparación con otras opciones de cobertura?
- **Determine si nuestro plan satisface sus necesidades.**

Si decide permanecer en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan:	Si decide cambiar de plan:
Si desea permanecer con nosotros el próximo año, es simple: no debe hacer nada. Si no realiza ningún cambio, automáticamente, seguirá inscrito en nuestro plan.	Si decide que otra cobertura se adaptará mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan (consulte la sección E2 para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, la nueva cobertura se iniciará el primer día del mes siguiente. Consulte la sección E2, en la página 14, para obtener más información sobre sus opciones.

C. Cambios en los proveedores y las farmacias de la red

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2022.

Le recomendamos enfáticamente que **revise nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* actual** para ver si sus proveedores o su farmacia aún forman parte de nuestra red. Puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web **duals.anthem.com**. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., para recibir información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos por correo postal un *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Es importante que sepa que también podemos implementar cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor se retira del plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 del *Manual del miembro*.

D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente tabla describe estos cambios.

	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Multipurpose Senior Services Program (MSSP)	Es un programa de administración de cuidados médicos que proporciona Servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) a personas elegibles para Medi-Cal.	El Multipurpose Senior Services Program (MSSP) **no** está cubierto.

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

En nuestro sitio web, **duals.anthem.com**, encontrará una *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., para recibir información actualizada sobre medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo postal una *Lista de medicamentos cubiertos*.

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

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos.

Revise la Lista de medicamentos para **asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año** y para saber si habrá alguna restricción.

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta, usted puede hacer lo siguiente:

- Solicite a su médico (u otro prescriptor) otro medicamento que tenga cobertura.

  - Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.
  - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento con cobertura que satisfaga sus necesidades.

- Consulte con su médico (u otro prescriptor) y solicite al plan que haga una excepción para cubrir el medicamento.
  - Puede solicitar una excepción antes del próximo año, y le daremos una respuesta en el plazo de las 72 horas a partir del momento en que recibamos su solicitud (o una declaración justificadora del profesional que le receta).
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 del *Manual del miembro 2022* o llame a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
  - Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros. Consulte el Capítulo 2 y el Capítulo 3 del *Manual del miembro* para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con su administrador de casos.
- Pida al plan que cubra un suministro temporal del medicamento.
  - En algunas situaciones, cubriremos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
  - Este suministro temporal será por hasta 31 días. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5 del *Manual del miembro*.)
  - Si recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando este se agote. Puede cambiar a otro medicamento con cobertura dentro del plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Las excepciones al formulario se otorgan hasta el final del año del plan. Cualquier excepción al formulario otorgada durante el año del plan actual deberá ser presentada nuevamente para el año del plan 2022.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D conforme a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. El monto que usted paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un surtido o resurtido de un medicamento recetado. Las etapas son las siguientes:

Etapa 1 **Etapa de cobertura inicial**	**Etapa 2** **Etapa de cobertura catastrófica**
Durante esta etapa, el plan paga una parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte. Su parte se denomina “copago”. Esta etapa comienza cuando obtiene el primer medicamento recetado del año.	Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2022. Comienza esta etapa cuando ha pagado cierto monto de sus gastos de bolsillo.

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando el total de sus gastos de bolsillo por los medicamentos recetados alcanza los **$7,050**. En ese punto, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos los costos de los medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Para obtener más información sobre cuánto pagará por medicamentos recetados, consulte el Capítulo 6 del *Manual del miembro*.

D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos recetados con cobertura, y usted paga la parte que le corresponde. Su parte se denomina “copago”. El copago depende del nivel de distribución de costos del medicamento y de dónde lo obtiene. Usted pagará un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento con cobertura cuesta menos que el copago, usted pagará el menor precio.

Hemos cambiado algunos medicamentos de la Lista de medicamentos a un nivel mayor o menor. Si sus medicamentos cambian a otro nivel, su copago podría verse afectado. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.

En la siguiente tabla se muestran los costos de los medicamentos en cada uno de nuestros cuatro (4) niveles de medicamentos. Estos montos se aplican **únicamente** durante el tiempo en que usted se encuentre en la Etapa de cobertura inicial.

	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Medicamentos del Nivel 1 (Medicamentos genéricos y de marca preferidos de Medicare Parte D) Costo de un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 1, surtido en una farmacia de la red	Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de **$0 por receta**.	Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de **$0 por receta**.
Medicamentos del Nivel 2 (Medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos de Medicare Parte D) Costo de un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 2, surtido en una farmacia de la red	Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de **$0 a $9.20 por receta**.	Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de **$0 a $9.85 por receta**.
Medicamentos de Nivel 3 (Medicamentos recetados genéricos y de marca aprobados por Medi-Cal [estado]) Costo de un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 3, surtido en una farmacia de la red	Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de **$0 por receta**.	Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de **$0 por receta**.
Medicamentos de Nivel 4 (Medicamentos de venta libre [OTC] aprobados por Medi-Cal [estado] que requieren una receta de su proveedor) Costo de un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 4, surtido en una farmacia de la red	Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de **$0 por receta**.	Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de **$0 por receta**.

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando el total de gastos de bolsillo alcanza los **$7,050**. En ese punto, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos los costos de los medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Para obtener más información sobre cuánto pagará por medicamentos recetados, consulte el Capítulo 6 del *Manual del miembro*.

D4. Etapa 2: "Etapa de cobertura catastrófica"

Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de **$7,050** para los medicamentos recetados, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario.

En la siguiente tabla se muestran los costos de los medicamentos en cada uno de nuestros cuatro (4) niveles de medicamentos.

	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Medicamentos de Nivel 1 (Medicamentos genéricos y de marca preferidos de Medicare Parte D) Costo de un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 1, surtido en una farmacia de la red	Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de **$0 por receta**.	Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de **$0 por receta**.
Medicamentos de Nivel 2 (Medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos de Medicare Parte D) Costo de un suministro de un mes de un medicamento de Nivel 2, surtido en una farmacia de la red	Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de **$0 por receta**.	Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de **$0 por receta**.
Medicamentos de Nivel 3 (Medicamentos recetados genéricos y de marca aprobados por Medi-Cal [estado]) Costo de un suministro de un mes de un medicamento de Nivel 3, surtido en una farmacia de la red	Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de **$0 por receta**.	Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de **$0 por receta**.
Medicamentos de Nivel 4 (Medicamentos de venta libre [OTC] aprobados por Medi-Cal [estado] que requieren una receta de su proveedor) Costo de un suministro de un mes de un medicamento de Nivel 4, surtido en una farmacia de la red	Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de **$0 por receta**.	Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de **$0 por receta**.

E. Cómo elegir un plan

E1. Cómo seguir inscrito en nuestro plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año.

No tiene que hacer nada para seguir inscrito en su plan médico. Si no se inscribe en otro plan Cal MediConnect o no cambia a un Medicare Advantage Plan o a Original Medicare, continuará inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan en 2022.

E2. Cómo cambiar de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía durante determinados momentos del año. Debido a que usted tiene Medi-Cal, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **periodos especiales de inscripción**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Además de estos tres periodos especiales de inscripción, puede terminar su membresía en nuestro plan durante los siguientes periodos:

- El **periodo de inscripción anual**, que dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan terminará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1.º de enero.

- El **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**, que dura desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que usted sea elegible para efectuar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, en estas ocasiones:

- Medicare o el estado de California lo han inscrito en un plan Cal MediConnect,

- su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda Extra (Extra Help) ha cambiado,

- está recibiendo atención en un hogar de ancianos o atención a largo plazo en un hospital, **o**

- se ha mudado fuera de nuestra área de servicios.

Cómo obtener los servicios de Medicare

Usted dispondrá de tres opciones para obtener los servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, automáticamente terminará su membresía en nuestro Cal MediConnect Plan:

1. Puede cambiarse a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Un plan médico de Medicare, como Medicare Advantage Plan, o si cumple con los requisitos de elegibilidad y vive dentro del área de servicio, un Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita. Si tiene preguntas sobre PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. Su inscripción en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan se anulará automáticamente cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.

2. Puede cambiarse a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita. Si necesita ayuda o más información: • Llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. Su inscripción en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan se anulará automáticamente cuando inicie su cobertura de Original Medicare.

3. Puede cambiarse a:	Esto es lo que debe hacer:
Original Medicare sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare **NOTA:** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no quiere inscribirse. Solo debe cancelar su cobertura de medicamentos recetados si recibe cobertura para medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita. Si necesita ayuda o más información: • Llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. Su inscripción en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan se anulará automáticamente cuando inicie su cobertura de Original Medicare.

Cómo obtener los servicios de Medi-Cal

Si abandona nuestro Cal MediConnect, continuará recibiendo sus servicios de Medi-Cal a través de Anthem Blue Cross a menos que seleccione un plan distinto para sus servicios de Medi-Cal. Los servicios de Medi-Cal incluyen la mayoría de los servicios y soportes a largo plazo y la atención de salud del comportamiento.

Cuando usted solicite cancelar la membresía en nuestro plan Cal MediConnect, deberá informar a Health Care Options en qué plan de atención administrada de Medi-Cal desea inscribirse. Puede llamar a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

F. Cómo obtener ayuda

F1. Cómo obtener ayuda de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

¿Tiene alguna pregunta? Estamos para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Estamos a su disposición para llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea el *Manual del miembro 2022*

El *Manual del miembro 2022* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. En él se incluyen detalles sobre los beneficios y los costos del próximo año. Explica sus derechos y las normas que usted debe seguir para recibir los servicios cubiertos y los medicamentos recetados.

El *Manual del miembro 2022* estará disponible el 15 de octubre. Hay una copia actualizada del *Manual del miembro 2022* disponible en nuestro sitio web **duals.anthem.com**. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., para solicitarnos que le enviemos por correo postal un *Manual del miembro 2022*.

Nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web **duals.anthem.com**. Queremos recordarle que en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y de nuestra lista de medicamentos (*Lista de medicamentos cubiertos*).

F2. Cómo obtener ayuda del corredor de seguros encargado de las inscripciones del estado

Puede llamar a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

F3. Cómo recibir ayuda del Cal MediConnect Ombuds Program

El Cal MediConnect Ombuds Program puede ayudarlo si usted está teniendo problemas con Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. El Cal MediConnect Ombuds Program tiene estas características:

- Trabaja como un representante en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o un reclamo, y puede ayudarlo a comprender qué hacer.
- Se asegura de que usted tenga información sobre sus derechos y protecciones y sobre cómo puede resolver sus inquietudes.
- No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan médico. El número de teléfono del Cal MediConnect Ombuds Program es 1-855-501-3077.

F4. Cómo obtener ayuda del Health Insurance Counseling and Advocacy Program

También puede llamar al State Health Insurance Assistance Program (SHIP). En California, el SHIP se denomina California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Los asesores del HICAP pueden ayudarlo a comprender las opciones de Cal MediConnect Plan y pueden responder las preguntas sobre cómo cambiar de plan. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. El HICAP cuenta con asesores capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.

F5. Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Si decide anular la inscripción en su Cal MediConnect Plan e inscribirse en un plan Medicare Advantage, el sitio web de Medicare contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes Medicare Advantage.

Puede encontrar información sobre los planes Medicare Advantage disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver información sobre los planes, visite www.medicare.gov y haga clic en “Find plans” [Buscar planes].)

Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)

Puede leer el manual *Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)*. Cada año, en otoño, se envía este folleto por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, además de respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare.

Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

F6. Cómo recibir ayuda del California Department of Managed Health Care

El California Department of Managed Health Care es responsable de regular los planes de servicio de atención de la salud. Si tiene una queja contra su plan médico, primero debe llamar por teléfono al plan médico, al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y usar el proceso de quejas del plan médico antes de ponerse en contacto con el departamento. El uso del procedimiento para quejas formales no le quita ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan médico o una queja que continúe sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar ayuda. Además, usted puede ser elegible para solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para solicitar una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan médico relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas sobre el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene una línea gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con discapacidad auditiva o del habla. El sitio web del departamento, **www.dmhc.ca.gov**, contiene formularios de reclamo, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.

¿Tiene alguna pregunta?

Llámenos al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada no tiene costo. O bien, visite **duals.anthem.com**.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos. Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Anthem Blue Cross y Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. son licenciatarios independientes de Blue Cross Association. ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

H6229_22_3000305_U_SP CMS Accepted 08/29/2021
1033938CASSPABC