Anthem

Su guía para sus beneficios de 2023

Aviso anual de cambios

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)

Servicios para Miembros:
1-833-707-3129 TTY: **711**

www.anthem.com/ca

Anthem

Gracias por su valiosa membresía

Le agradecemos que siga confiando en nosotros como sus asociados para el cuidado médico. El plan Anthem Blue Cross Partnership tiene el compromiso de brindar cuidado médico a bajo precio y de ayudar a nuestros miembros a mejorar y mantener su estado de salud. Nos centramos en brindar cuidados que le permitan mejorar su salud de manera integral para que pueda dedicarse a las cosas que disfruta.

Todo lo que hacemos está centrado en las personas. Por eso, nuestros planes Medicare Advantage están diseñados para ofrecer los beneficios y servicios que, a miembros como usted, le resultarán muy útiles para ahorrar dinero y mantener el mejor estado de salud.

Este folleto le ayudará a entender mejor la cobertura del año próximo. En el Aviso anual de cambios se comparan sus beneficios en 2022 con los beneficios para 2023. La información de su plan para 2023 estará disponible en línea en su cuenta en Internet segura del sitio **http://www.anthem.com/ca** a partir del 15 de octubre, cuando se prepara el período de elección anual, que se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2022.

Desde el 1.º de enero de 2023, el plan que tiene actualmente, Anthem Blue Cross Cal MediConnect (plan Medicare-Medicaid) se combinará con otro plan: Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP). Es decir que, a partir del 1.º de enero de 2023, usted recibirá su cobertura médica a través de Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP).

Su nuevo plan le brindará cuidados integrados e información de los dos planes, Medicare y Medicaid, a partir del 1.º de enero de 2023. Recibirá por correo una tarjeta de identificación nueva. No hace falta que usted haga nada.

Habrá cambios en su plan Cal MediConnect, plan Anthem Blue Cross Cal MediConnect (plan Medicare-Medicaid). Se inscribirá en los mismos planes de Medicare y Medi-Cal, Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) y Anthem Medi-Cal, ofrecidos por la misma compañía que le brinda su plan Cal MediConnect. A estos planes se los llamará en forma conjunta planes Medicare Medi-Cal (planes MMP o Medi-Medi), y están diseñados para coordinar el cuidado de las personas que tienen Medicare y Medi-Cal. Seguirá recibiendo los mismos beneficios de cuidado médico como hasta ahora.

Hasta el 31 de diciembre de 2022, seguirá recibiendo los servicios a través de Cal MediConnect. Desde el 1.º de enero de 2023, automáticamente comenzará a recibir los servicios a través de los planes Medicare Medi-Cal (planes MMP o Medi-Medi). Si ahora tiene un plan Cal MediConnect, no necesita hacer nada para inscribirse y mantener sus beneficios actuales.

Los planes Medicare Medi-Cal (planes MMP o Medi-Medi) le brindarán ayuda para todas sus necesidades de cuidado médico y seguirán coordinando los beneficios y el cuidado de salud. Esto incluye la atención médica, los servicios basados en la comunidad y el cuidado en el hogar. También se incluyen medicamentos y suministros médicos. El plan incluirá los médicos que visita actualmente o le ayudará a buscar otro médico que usted quiera. Empezará a recibir cartas relacionadas con este cambio a partir de octubre de 2022. Le enviaremos materiales integrados para miembros, como una tarjeta de identificación del miembro y un Manual del miembro integrados.

No necesita hacer nada este otoño para seguir recibiendo cuidado médico del plan que tiene ahora. Si tiene preguntas sobre la cobertura en 2022, comuníquese con su plan Cal MediConnect actual.

Nuevamente gracias por su valiosa membresía del plan Anthem Blue Cross Partnership. Si tiene preguntas, no dude en llamarnos al **1-833-707-3129** (TTY: **711**).

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMOD-SNP) ofrecido por Anthem Blue Cross

Aviso anual de cambios para 2023

Introducción

Actualmente, está inscrito como miembro de nuestro plan. El año próximo, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, normas y costos del plan. Este *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios y dónde puede encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, consulte el *Manual del miembro* en nuestro sitio web shop.anthem.com/medicare/ca. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Limitaciones 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 nuestro plan 5

B3. Cosas importantes que debe hacer 6

C. Cambios en el nombre del plan 7

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

E. Cambios en los beneficios para el próximo año 8

E1. Cambios en los beneficios para servicios médicos 8

E2. Cambios en los costos de medicamentos recetados 13

F. Cambios administrativos 16

G. Elección de un plan 16

G1. Cómo continuar en nuestro plan 16

G2. Cambio de plan 16

H. Cómo recibir ayuda 21

H1. Nuestro plan 21

H2. Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP).....21

H3. Programa de Defensoría.....22

H4. Medicare.....22

H5. Departamento de Atención de la Salud Administrada de California 23

A. Limitaciones de responsabilidad

- Anthem Blue Cross es un plan HMO D-SNP que tiene contrato con Medicare y con el programa California Medicaid. La inscripción en Anthem Blue Cross depende de la renovación del contrato. Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California, licenciatario independiente de Blue Cross Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.
- Esta no es una lista completa. La información sobre beneficios es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para más información, comuníquese con el plan o lea el *Manual del miembro* del plan Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP).
- El uso de medicamentos opioides para tratar el dolor durante más de siete días conlleva riesgos graves, como adicción, sobredosis o incluso la 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 para saber si son adecuadas para usted: medicamentos no opioides, acupuntura o terapia física. Averigüe cómo cubre su plan estas opciones llamando a Servicios para Miembros al **1-833-707-3129** (TTY: **711**).
- CarelonRx, Inc. es una empresa independiente que presta servicios de administración de beneficios de farmacia en nombre de su plan médico.

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

Cuando en este *Aviso anual de cambios* se habla de “nosotros”, “nos” o “nuestro plan”, se refiere al plan Medicare Medi-Cal Coordination.

Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que continuará satisfaciendo sus necesidades el próximo año. Si no es así, puede abandonar nuestro plan. Consulte la **Sección E** para más información.

Si elige retirarse de nuestro plan, su membresía terminará el último día del mes en el cual haya hecho la solicitud. Seguirá inscrito en los programas de Medicare y Medi-Cal, siempre y cuando sea elegible.

Si abandona nuestro plan, puede recibir información sobre lo siguiente:

- Las opciones de Medicare en la tabla de la **Sección G2**.
- Los servicios de Medi-Cal en la **Sección G2**.

B1. Recursos adicionales

- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-833-707-3129** (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 **1-833-707-3129** (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 **1-833-707-3129** (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 **1-833-707-3129** (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 **1-833-707-3129** (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 **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Esta llamada es gratuita.
- Puede obtener este documento gratis en otros idiomas y formatos, como en letra grande, braille o CD de datos o audio. Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de esta página. Cuando llame, indique si se trata de un pedido regular. Eso quiere decir que enviaremos los mismos documentos en el formato e idioma solicitados todos los años. Puede llamarnos para cambiar o cancelar el pedido regular. También puede encontrar los documentos en línea, en shop.anthem.com/medicare/ca.

B2. Información sobre nuestro plan

- Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) es un plan médico que tiene contrato con Medicare y con Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los miembros.
- La cobertura en virtud de Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) califica como “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado 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 más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.

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?
  - Revise los cambios en los beneficios y costos para asegurarse de que le sirvan el próximo año.
  - Consulte la **Sección E1** 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? ¿Se encuentran en un nivel diferente? ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias?
  - Verifique los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos satisfará sus necesidades el próximo año.
  - Consulte la **Sección E2** para obtener información acerca de cambios en nuestra cobertura de 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 D** para obtener información acerca de nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Piense en sus costos totales del plan.**
  - ¿Cómo son los costos totales en comparación con otras opciones de cobertura?
- **Determine si nuestro plan satisface sus necesidades.**

Si decide continuar con Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)	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 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP).	Si decide que otra cobertura se adaptará mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan (consulte la **Sección G2** para más información). Si se inscribe en un nuevo plan o cambia a Medicare Original, la nueva cobertura se iniciará el primer día del mes siguiente.

C. Cambios en el nombre del plan

El 1.° de enero de 2023, el nombre de nuestro plan Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (MMP) cambiará a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP).

Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación del miembro debido al cambio de nombre del plan. Comience a usar esta nueva tarjeta de identificación del miembro a partir del 1.° de enero de 2023. Debe destruir la tarjeta anterior. Verifique que la información que figura en la tarjeta nueva sea correcta. Si es necesario hacer alguna corrección, comuníquese con Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación del miembro.

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

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2023.

Le recomendamos enfáticamente que **revise nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* actual** para ver si sus proveedores o farmacia aún forman parte de nuestra red. Puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web shop.anthem.com/medicare/ca. También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página para recibir información actualizada de proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo 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 de nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para más información, consulte el **Capítulo 3** del *Manual del miembro*.

E. Cambios en los beneficios para el próximo año

E1. Cambios en los beneficios para servicios médicos

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

	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios dentales de rutina (Incluidos, entre otros: exámenes de rutina, limpiezas, radiografías) **Servicios dentales integrales** (Incluidos, entre otros: empastes, coronas, extracciones, dentaduras postizas, cuidado periodontal y endodoncia)	**Copago de $0.00** Ciertos servicios dentales, incluso limpiezas, empastes y dentaduras postizas, están disponibles a través del Programa odontológico de Medi-Cal.	**Copago de $0.00** Ciertos servicios dentales, incluso exámenes, limpieza y radiografías dentales. Servicios dentales integrales hasta $1,500.00 por año. Se requiere autorización previa. Puede tener beneficios adicionales a través de Medi-Cal. Comuníquese con su coordinador de cuidado o consulte el *Manual del miembro* para obtener información detallada.
Servicios de la visión (Incluidos anteojos y lentes de contacto)	Copago de **$0.00** para exámenes de la vista, anteojos y/o lentes de contacto. Este plan cubre **$100.00** cada año calendario para anteojos/lentes de contacto.	Copago de **$0.00** para exámenes de la vista, anteojos y/o lentes de contacto Este plan cubre **$300.00** cada año calendario para anteojos/lentes de contacto. Puede tener beneficios adicionales a través de Medi-Cal. Comuníquese con su coordinador de cuidado o consulte el *Manual del miembro* para obtener más detalles.

	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Audífonos (Incluidos ajustes, suministros y accesorios asociados)	Copago de **$0.00** para audífonos La cobertura está limitada a **$1,510.00** para audífonos aprobados por el plan.	Copago de **$0.00** para audífonos recetados Este plan cubre **$3,000.00** cada año calendario para audífonos cubiertos por el plan y recetados por un médico. Se requiere autorización previa. Puede tener beneficios adicionales a través de Medi-Cal. Comuníquese con su coordinador de cuidado o consulte el *Manual del miembro* para obtener información detallada.
Servicios de podología (Incluidos exámenes de rutina)	Copago de **$0.00** para 12 visitas de podología de rutina por año Se requiere autorización previa.	Copago de **$0.00** para visitas de podología de rutina ilimitadas cada año Se requiere autorización previa y una referencia.
De venta libre (OTC)	Este plan solo cubre artículos de venta libre (OTC) recetados por un médico y aprobados por Medi-Cal.	Este plan ofrece **$200.00** por trimestre para productos de salud OTC sin receta. La asignación pasa de un trimestre a otro, pero no al año siguiente. Hay cobertura adicional disponible a través de Medi-Cal Rx para los artículos OTC no relacionados con la salud y otros artículos OTC recetados. Consulte el *Manual del miembro* para conocer los detalles.

	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Programas de actividad física	**SilverSneakers©:** copago de $0.00 **<u>Programa Nifty After Fifty Fitness:</u>** Este plan incluye cobertura para programas de ejercicio virtuales y presenciales para ayudarlo a mantenerse en buen estado.	**SilverSneakers©:** copago de $0.00 Este **<u>Programa Nifty After Fifty Fitness:</u>** plan ya no ofrece este beneficio **Monitor de actividad física:** copago de $0.00 Los miembros son elegibles para recibir un dispositivo de monitoreo de actividad física portátil por un copago de $0.00 una vez cada 2 años. **Cuenta flexible, actividad física:** copago de $0.00 Este plan cubre una asignación mensual de $25.00 para pagar los cargos de acceso a clases/programas recreativos y de actividad física ofrecidos en centros de deportes, como canchas de golf o tenis y piletas de natación donde se apliquen cargos de acceso. Los fondos que no se utilicen se trasladarán al mes siguiente, pero no se transferirán al siguiente año calendario.

	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Transporte	Copago de **$0.00** Viajes ilimitados de ida a sitios aprobados por el plan	Copago de **$0.00** para viajes ilimitados de ida a sitios aprobados por el plan. Consulte el *Manual del miembro* para conocer los detalles y las limitaciones.
Comidas	**Comidas luego del alta:** Copago de **$0.00** para 2 comidas por día, hasta 7 días, después del alta del hospital o centro de enfermería especializada.	**Comidas luego del alta:** Copago de **$0.00** para 2 comidas por día, hasta 7 días, después del alta del hospital o centro de enfermería especializada. **Comidas Saludables (Healthy Meals):** Copago de **$0.00** para 2 comidas por día, hasta 90 días, para favorecer un estilo de vida saludable.
Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)	Este plan no cubre este beneficio.	Copago de **$0.00** Este plan ofrece una unidad de respuesta ante emergencias personales (PERS), que incluye el dispositivo y el servicio de monitoreo.
Tratamiento para dejar de fumar	Este plan no cubre este beneficio.	Copago de **$0.00** Este plan incluye cobertura para ciertos productos para dejar de fumar. Consulte el *Manual del miembro* para conocer los detalles.

	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Extras Esenciales	Este plan no ofrece extras esenciales.	Copago de **$0.00** Este plan cubre servicios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original. Puede elegir dos (2) beneficios complementarios de las opciones de Extras Esenciales indicadas a continuación para agregar a su cobertura. No hay costo adicional para estos beneficios. **Dispositivos de asistencia:** asignación anual de $500.00 **Cuenta flexible para cuidado dental, de visión y audición:** asignación anual de $500.00 **Cuenta flexible para servicios públicos:** $50.00 por mes **Apoyo en el hogar:** 60 horas por año **Transporte:** 60 viajes (ida o vuelta) por año **Alimentos saludables:** asignación mensual de $50.00 Para hacer una selección de beneficios, comuníquese con Servicios para Miembros o consulte el *Manual del miembro* para obtener más detalles.

	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Cobertura internacional para emergencias (Incluye servicios de urgencia y emergencia fuera de los Estados Unidos)	Este plan cubre hasta $10,000 para cuidado en caso de emergencia a nivel internacional.	Este plan cubre hasta $100,000 para cuidado en caso de emergencia a nivel internacional.

E2. Cambios en los costos de medicamentos recetados

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

En nuestro sitio web, shop.anthem.com/medicare/ca, encontrará una Lista de medicamentos cubiertos actualizada. También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página para recibir información actualizada de medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una Lista de medicamentos cubiertos.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y 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 de medicamentos lo afecta, usted puede hacer lo siguiente:

- Solicite a su médico (u otro profesional que receta) otro medicamento que tenga cobertura.
    - Puede llamar a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición.
    - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría ser eficaz para usted.
- Pídanos que cubramos 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 para 30 días como máximo. (Para conocer más 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 cubierto dentro de nuestro plan o solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento actual.

Algunos medicamentos pueden requerir nuevas excepciones al formulario el año próximo.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

En la siguiente tabla, se indican los costos de los medicamentos en cada uno de nuestros 5 niveles de medicamentos.

	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Medicamentos de Nivel 1 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 (30 días) es de $0.00 por receta. El Nivel 1 incluye la cobertura de medicamentos genéricos y de marca.	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de $0.00 por receta. El Nivel 1 se limita a los medicamentos genéricos preferidos. Está disponible el suministro para 100 días por el mismo precio que el suministro para 30 días. Puede tener cobertura adicional para medicamentos no incluidos en el formulario a través de Medi-Cal Rx. Consulte el *Manual del miembro* para conocer los detalles.
Medicamentos de Nivel 2 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 (30 días) es de $0.00 a $9.85 por receta. El Nivel 2 incluye cobertura para los medicamentos genéricos y de marca preferida y no preferida de Medicare Parte D.	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de $0.00 por receta. El Nivel 2 se limita a los medicamentos genéricos. Los medicamentos de marca se han pasado al Nivel 3 y el Nivel 4. Se ofrece cobertura de medicamentos adicional a través de Medi-Cal Rx. Consulte el *Manual del miembro* para conocer los detalles.

	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Medicamentos de Nivel 3 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 (30 días) es de $0.00 por receta. El Nivel 3 se limita a los medicamentos genéricos y de marca recetados aprobados por Medi-Cal (Estado).	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de $0.00 por receta. El Nivel 3 se limita a los medicamentos de marca preferida. Se ofrece cobertura de medicamentos adicional a través de Medi-Cal Rx. Consulte el *Manual del miembro* para conocer los detalles.
Medicamentos de Nivel 4 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 (30 días) es de $0.00 por receta. El Nivel 4 se limita a los medicamentos de venta libre (OTC) recetados aprobados por Medi-Cal (Estado). La cobertura se limita a los medicamentos de venta libre (OTC) aprobados por Medi-Cal (Estado) que requieren una receta de su proveedor.	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de $0.00 por receta. El Nivel 4 se limita a los medicamentos de marca no preferida. *Se ofrece cobertura adicional para medicamentos de venta libre (OTC) a través de Medi-Cal Rx. Consulte el *Manual del miembro* para conocer los detalles.
Medicamentos de Nivel 5 Costo de un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 5 surtido en una farmacia de la red.	Este plan no incluye un Nivel 5 en la Lista de medicamentos.	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de $0.00 por receta. El Nivel 5 se limita a los medicamentos especializados. Se ofrece cobertura de medicamentos adicional a través de Medi-Cal Rx. Consulte el *Manual del miembro* para conocer los detalles.

Información importante sobre lo que paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.

F. Cambios administrativos

	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Administrador de beneficios de farmacia (PBM)	Su administrador de beneficios de farmacia es IngenioRx.	CarelonRx Su administrador de beneficios de farmacia es CarelonRx. Este cambio de nombre no afectará sus beneficios ni la forma en que surte sus recetas.
Directivas anticipadas	Este plan no ofrece un servicio de directivas anticipadas.	Tendrá acceso a un recurso en línea de planificación anticipada del cuidado.
Lista de medicamentos	Este plan utiliza la Lista de medicamentos MMP.	Este plan utiliza la Lista de medicamentos Advantage. Consulte la Lista de medicamentos para ver si ha cambiado la cobertura de los medicamentos que toma.

G. Elección de un plan

G1. Cómo continuar en nuestro plan

Esperamos que continúe siendo miembro del plan. No tiene que hacer nada para seguir inscrito en nuestro plan. Si **no** cambia a otro plan de Medicare o a Medicare Original, automáticamente continuará inscrito como miembro de nuestro plan en 2023.

G2. Cambio de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solamente 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 nuestro plan terminará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1.° de enero.
- El **periodo de inscripción abierta** de Medicare Advantage, que dura desde el 1.° 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:

- Se mudó fuera de nuestra área de servicios,
- Su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda Extra (“Extra Help”) ha cambiado, o
- Ha ingresado recientemente en un hogar de ancianos o en un hospital de cuidado a largo plazo, está recibiendo cuidado allí actualmente o salió de allí hace poco.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, automáticamente terminará su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiarse a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan médico de Medicare	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene preguntas sobre PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico de California (HICAP) al 1-800-434-0222 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **O BIEN** Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando inicie la cobertura de su nuevo plan. Es posible que su plan de Medi-Cal cambie.

2. Puede cambiarse a:	Esto es lo que debe hacer:
Medicare Original con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico de California (HICAP) al 1-800-434-0222 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **O BIEN** Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando inicie su cobertura de Medicare Original. Su plan de Medi-Cal no cambiará.

3. Puede cambiarse a:	Esto es lo que debe hacer:
Medicare Original sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare **NOTA:** Si se pasa a Medicare Original 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 hacerlo. Solo debe cancelar su cobertura de medicamentos recetados si recibe cobertura para medicamentos de otra parte, como un empleador o sindicato. Si no sabe si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico de California (HICAP) al 1-800-434-0222 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico de California (HICAP) al 1-800-434-0222 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando inicie su cobertura de Medicare Original. Su plan de Medi-Cal no cambiará.

Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene alguna pregunta sobre cómo obtener los servicios de Medi-Cal luego de dejar nuestro plan, comuníquese con Health Care Options al 1-844-580-7272 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Pregunte cómo el hecho de inscribirse en otro plan o volver a Medicare Original afectará su cobertura de Medi-Cal.

H. Cómo recibir ayuda

H1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarlo si tiene alguna pregunta. Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página durante los días y horarios de atención indicados. Estas llamadas son gratuitas.

Lea el *Manual del miembro*

El *Manual del miembro* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Tiene detalles sobre los beneficios para 2023. Explica sus derechos y las normas que usted debe seguir para recibir los servicios y los medicamentos recetados que cubrimos.

El *Manual del miembro 2023* estará disponible el 15 de octubre. También puede consultar el *Manual del miembro* para saber si lo afectará algún otro cambio en los beneficios. Hay una copia actualizada del *Manual del miembro* disponible en nuestro sitio web shop.anthem.com/medicare/ca. También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página para pedirnos que le enviemos por correo el *Manual del miembro* 2023.

Nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en shop.anthem.com/medicare/ca. 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*).

H2. Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP)

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP). En California, el SHIP se denomina Programa de Defensa y Consejería sobre el Seguro de Salud (HICAP). Los consejeros del HICAP pueden ayudarlo a entender las opciones de planes y pueden responder las preguntas sobre cómo cambiar de plan. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan médico. El HICAP tiene consejeros capacitados en todos los condados y sus 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/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

H3. Programa de Defensoría

El Programa de Defensoría de Health Consumer Alliance puede ayudarlo si usted está teniendo problemas con nuestro plan. Los servicios del defensor son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El Programa de Defensoría de Health Consumer Alliance:

- Trabaja como un representante en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja, y puede ayudarlo a entender 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 de seguro o plan médico. El número de teléfono del Programa de Defensoría de Health Consumer Alliance es 1-888-804-3536.

H4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, llame 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.

Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov)

Si elige cancelar la inscripción en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes.

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

Medicare y Usted 2023

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2023*. 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 frecuentes acerca de Medicare. El manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si no tiene una copia del folleto, puede encontrarlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o llamar y solicitarlo 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.

H5. Departamento de Atención de la Salud Administrada de California

El Departamento de Atención de la Salud Administrada de California (DMHC) es responsable de regular los planes de servicios médicos. El Centro de Ayuda del DMHC puede asistirlo con las apelaciones y las quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Si tiene un reclamo contra su plan médico, primero debe llamar por teléfono al plan médico al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) y utilizar el proceso de reclamos de su plan médico antes de comunicarse con el departamento. El uso del procedimiento de reclamos no le quita ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con un reclamo relacionado con una emergencia, un reclamo que no haya sido resuelto de manera satisfactoria por su plan médico o un reclamo que ha permanecido sin resolución por más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. 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 y del habla. El sitio web del departamento **www.dmhc.ca.gov** ofrece formularios de queja, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.

1041917MUSSPMUB_402
Y0114_23_3002575_U_M_SP_0402 CMS Accepted 09/19/2022

H4161 001 000 CA