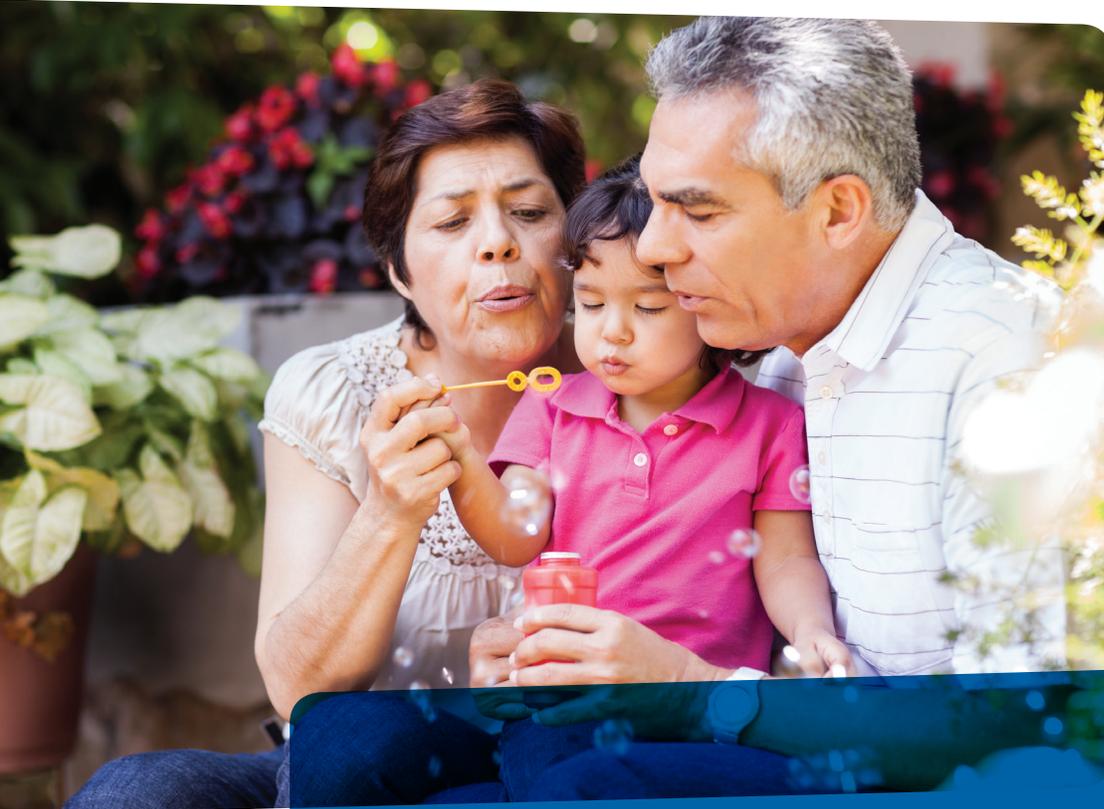


Santa Clara County, CA
2019



Manual del miembro/ Evidencia de cobertura

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

¿Tiene alguna pregunta?
Llámenos a la línea gratuita 1-855-817-5785 (TTY 711),
de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.,
o visite duals.anthem.com.



Manual del miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Su cobertura de salud y medicamentos bajo Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

Presentación del *Manual del miembro*

Este manual le informa acerca de su cobertura bajo Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan hasta el 31 de diciembre de 2019. Aquí se detallan los servicios de atención médica, servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por el abuso de sustancias), cobertura de medicamentos recetados y servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y aparatos de apoyo de largo plazo le ayudan a permanecer en casa en lugar de ir a un asilo de ancianos u hospital. Los servicios y soportes a largo plazo constan de Servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS), Programa Multipropósito de Servicios para Personas de la Tercera Edad (MSSP) y centros de enfermería (NF). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

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

Este Cal MediConnect Plan es ofrecido por Anthem Blue Cross. En este *Manual del miembro*, "nosotros", "nos" o "nuestro" se refiere a Anthem Blue Cross. Cuando diga "el plan" o "nuestro plan", significa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

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

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



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

안내: 한국어를 사용할 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8 시에서 오후 8 시 사이에 1-855-817-5785 (TTY: 711)번으로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.

Korean

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե դուք խոսում եք Հայերենի լեզվով, լեզվական օգնության ծառայությունները, անվճար, մատչելի են ձեզ համար: Զանգահարեք 1-855-817-5785 (TTY: 711) Երկուշաբթիից ուրբեռնախոսահամարովաթ օրերին ժամը 8:00-ից 20:00-ն: Այս զանգն անվճար է:

Armenian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک در زمینه زبان، به صورت رایگان، برای شما در دسترس می باشد. دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 8:00 شب با شماره 1-855-817-5785 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان می باشد.

Persian (Farsi)

ВНИМАНИЕ: если вы говорите по-русски, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Звоните по тел. 1-855-817-5785 (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.

Russian

注意: 日本語話者の方は無料の言語支援サービスをご利用いただけます。1-855-817-5785 (TTY: 711)、月曜から金曜の午前 8 時～午後 8 時にお電話ください。この通話は無料です。

Japanese

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجانًا. اتصل على الرقم 1-855-817-5785 (الهاتف النصي: 711)، من الاثنين حتى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً. وتكون المكالمة مجانية.

Arabic

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-855-817-5785 (TTY: 711) 'ਤੇ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8:00 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Punjabi

សូមជ្រាប: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា មានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរសព្ទមកលេខ 1-855-817-5785 (TTY: 711) ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 ល្ងាច។ ទូរសព្ទមកលេខនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។

Cambodian

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



LUS CEEV: Yog koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau Hmong
 koj. Hu rau 1-855-817-5785 (TTY: 711), hnuv Monday txog Friday thaum
 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj. Tus xov tooj no hu dawb xwb.

ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं निःशुल्क
 उपलब्ध हैं। 1-855-817-5785 (TTY: 711) पर सोमवार से शुक्रवार, सुबह बजे 8:00
 बजे तक कॉल करें। यह कॉल निःशुल्क है। Hindi

ระวัง: หากคุณพูดภาษาไทย เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ
 โดยติดต่อไปที่ 1-855-817-5785 (TTY: 711) วันจันทร์ถึงวันศุกร์เวลา
 8:00 – 20:00 น. ไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น . Thai

ສິ່ງທີ່ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ,
 ທາງເຮົາມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງພາສາ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ.
 ໂທຫາໝາຍເລກ 1-855-817-5785 (TTY: 711), ວັນຈັນຫາວັນສຸກ ຕັ້ງແຕ່ 8:00
 ໂມງເຊົ້າຫາ 8:00 ໂມງແລງ. ການໂທແມ່ນໂທຟຣີ. Laotian

Puede obtener este documento 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 realizar una solicitud periódica para obtener esta información e información futura, gratis,
 en otros idiomas y formatos. Llame al 1-855-817-5785 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a. m.
 a 8 p. m. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al
 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería
 después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días
 feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



ÍNDICE

Capítulo 1: Cómo comenzar como miembro.....	6
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	16
Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos.....	35
Capítulo 4: Tabla de beneficios	55
Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.....	106
Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal	125
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos.....	135
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	140
Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)	158
Capítulo 10: Cancelación de la membresía en nuestro Cal MediConnect Plan.....	214
Capítulo 11: Avisos legales	222
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	224

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Descargos de responsabilidad

- ❖ Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar beneficios de ambos programas a los inscritos.
- ❖ La cobertura de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan califica como cobertura esencial mínima (MEC). Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual para la MEC.
- ❖ Anthem Blue Cross es la marca comercial para Blue Cross of California. Anthem Blue Cross y Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. son licenciarios independientes de Blue Cross Association. ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Capítulo 1: Cómo comenzar como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y Medi-Cal, y su membresía en él. También explica qué esperar y qué otra información obtendrá de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Bienvenido a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.....	7
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal.....	7
B1. Medicare	7
B2. Medi-Cal.....	7
C. Ventajas de este plan.....	8
D. Área de servicio de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.....	9
E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan.....	9
F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud.....	10
G. Su equipo de atención y plan de atención	11
G1. Equipo de atención	11
G2. Plan de atención	11
H. Prima mensual del plan Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.....	11
I. El Manual del miembro.....	12
J. Otra información que obtendrá de nosotros.....	12
J1. Su tarjeta de identificación de miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan	12
J2. Directorio de proveedores y farmacias.....	13
J3. Lista de medicamentos cubiertos.....	14
J4. Explicación de beneficios.....	14
K. ¿Cómo puede mantener su registro de miembro al día?.....	14
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI).....	15

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



A. Bienvenido a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan es un Cal MediConnect Plan. Un Cal MediConnect Plan es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y soportes a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También cuenta con administradores de casos y equipos de atención para ayudarlo a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan fue aprobado por el estado de California y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para proporcionarle servicios como parte de Cal MediConnect.

Cal MediConnect es un programa de demostración supervisado de forma conjunta por California y el Gobierno federal a fin de brindar una mejor atención para las personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal. Mediante esta demostración, los Gobiernos estatales y federales quieren evaluar nuevas formas de mejorar la manera en la que usted recibe los servicios de Medicare y Medi-Cal.

Anthem Blue Cross ha atendido a los californianos por más de 75 años. Desde 1994, hemos ayudado a los miembros de Medi-Cal en el condado de Santa Clara a recibir la atención que necesitan y para la cual son elegibles.

En Anthem Blue Cross, estamos dedicados a brindar el mejor cuidado a nuestros miembros, proporcionando un mayor valor a nuestros clientes y ayudando a mejorar la salud de nuestras comunidades.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado:

- Personas de 65 años o más.
- Algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades.
- Personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa Medicaid de California. El Estado administra Medi-Cal, y el Estado junto con el Gobierno federal financian este programa. Medi-Cal ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y soportes a largo plazo (LTSS) y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Cada Estado decide:

- Qué cuenta como ingreso y recursos.
- Quién califica.
- Qué servicios están cubiertos.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- El costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo dirigir sus programas, siempre que sigan las reglas federales.

Medicare y California aprobaron Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan, siempre y cuando:

- Decidamos ofrecer el plan.
- Medicare y el Estado de California nos permitan seguir ofreciendo este plan.

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

C. Ventajas de este plan

Ahora recibirá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, incluidos los medicamentos recetados. **No pagará más para inscribirse en este plan de salud.**

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ayudará a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor en conjunto y de mejor forma para usted. Algunas de las ventajas incluidas son las siguientes:

- Usted podrá trabajar con **un** plan médico para **todas** sus necesidades de seguros médicos.
- Contará con un equipo de atención que usted ayudará a formar. El equipo de atención puede incluirlo a usted mismo, su cuidador, sus médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de atención médica.
- Tendrá acceso a un administrador de casos. Esta es una persona que trabaja con usted, con Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan y con su equipo de atención para ayudar a elaborar un plan de atención.
- Podrá dirigir su propio cuidado con ayuda de su equipo de atención y administrador de casos.
- El equipo de atención y el administrador de casos trabajarán con usted para generar un plan de atención médica especialmente diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención le ayudará a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa lo siguiente:
 - El equipo de atención se asegurará de que los médicos sepan de todos los medicamentos que usted toma para que puedan estar seguros de que esté tomando los medicamentos correctos y para que puedan reducir cualquier efecto secundario que usted pueda tener por los medicamentos.
 - El equipo de atención se asegurará de que los resultados de los exámenes se compartan entre todos los médicos y otros proveedores, según corresponda.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



D. Área de servicio de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Nuestra área de servicio incluye este condado en California: condado de Santa Clara.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Si se muda fuera de nuestra área de servicios, no podrá permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8 para obtener más información sobre qué sucede cuando se muda fuera de nuestra área de servicio. Deberá ponerse en contacto con el trabajador de elegibilidad del condado local:

Social Services Agency
Condado de Santa Clara
Teléfono 1-877-96-BENEFITS (1-877-962-3633) TTY: 1-408-758-3822
Horario de atención: Línea de información automatizada de 24 horas
Sitio web: www.MyBenefitsCalWIN.org

Application Assistance Center
1876 Senter Road
San Jose, CA 95112
Teléfono: 1-408-758-3800

North County Office
1330 W Middlefield Rd
Mountain View, CA 94043
Teléfono: 1-650-988-6200

South County Office
379 Tomkins Court
Gilroy, CA 95020
Teléfono: 1-408-758-3300

E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- Viva en nuestra área de servicio.
- Sea mayor de 21 años de edad en el momento de la inscripción.
- Tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare.
- Sea elegible para Medi-Cal y el Programa Multipropósito de Servicios para Personas de la Tercera Edad (MSSP)

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Sea ciudadano de los Estados Unidos o resida legalmente en los Estados Unidos.

Puede haber reglas de elegibilidad adicionales en su condado. Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener más información.

F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud

Cuando se inscribe por primera vez en el plan, recibirá una evaluación de riesgos de salud (HRA) dentro de los primeros 90 días.

Debemos realizar una HRA por usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención individual (ICP). La HRA incluirá preguntas para identificar los servicios médicos, los LTSS y las necesidades funcionales y de salud conductual.

Nos pondremos en contacto con usted para realizar la HRA. La HRA se puede realizar mediante una visita en persona, una llamada telefónica o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan es algo nuevo para usted, puede seguir acudiendo a los médicos que visita ahora por una cantidad determinada de tiempo. Puede mantener sus proveedores actuales y las autorizaciones de servicios en el momento en que se inscribe durante un máximo de 12 meses si se cumplen todas las condiciones que se indican a continuación:

- Usted, su representante o su proveedor nos solicitan de manera directa continuar viendo a su proveedor actual.
- Podemos establecer que usted tenía una relación existente con un médico de atención primaria o un proveedor de atención especializada, con algunas excepciones. Cuando decimos relación existente, significa que usted vio a un proveedor fuera de la red por lo menos una vez para una visita que no era de emergencia durante los 12 meses previos a la fecha de su inscripción inicial en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.
 - Determinaremos que se trata de una relación existente tras examinar la información de salud que tenemos disponible sobre usted o que usted nos envíe.
 - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. También puede pedirnos que tomemos una decisión más rápida y debemos responder en 15 días.
 - Usted o su proveedor deben presentar documentación que indique una relación existente y deben aceptar ciertos términos al realizar la solicitud.

Nota: Esta solicitud **no puede** hacerse para proveedores de Equipo médico duradero (DME), servicios de transporte, otros servicios auxiliares o servicios que no se incluyen en Cal MediConnect.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Después de la finalización del periodo de continuidad de cuidado, usted deberá acudir a médicos y otros proveedores de la red de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, a menos que hagamos un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige su PCP, también elige el grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo remitirá a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es un equipo de médicos de atención primaria y especialistas que trabajan en conjunto para proporcionar la atención que usted necesita. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información acerca de cómo recibir atención médica.

G. Su equipo de atención y plan de atención

G1. Equipo de atención

¿Necesita ayuda para recibir la atención que necesita? Un equipo de atención puede ayudarle. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un administrador de casos u otro personal de salud que usted elija.

Un administrador de casos es una persona que está capacitada para ayudarle a administrar la atención que usted necesita. Se le asignará un administrador de casos al inscribirse en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Esta persona también lo referirá a recursos comunitarios, si Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan no proporciona los servicios que usted necesita.

Puede llamarnos al 1-855-817-5785 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. para pedir un equipo de atención.

G2. Plan de atención

El equipo de atención trabajará con usted para preparar un plan de atención. En un plan de atención, se les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo los recibirá. Incluye sus necesidades de servicios médicos, de salud conductual y de LTSS. Su plan de atención se elaborará específicamente para usted y sus necesidades.

Este plan de atención incluirá lo siguiente:

- Sus objetivos de atención médica.
- Los plazos en que deberá recibir los servicios que necesita.

Después de la evaluación de riesgo de la salud, su equipo de atención se reunirá con usted. Hablará con usted sobre los servicios que necesita. También puede indicarle que piense en la posibilidad de recibir otros servicios. Su plan de atención se basará en sus necesidades. Su equipo de atención trabajará con usted para actualizar el plan al menos una vez al año.

H. Prima mensual del plan Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan no tiene una prima mensual del plan

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería

después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



I. El Manual del miembro

Este Manual del miembro es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, puede apelar o cuestionar nuestras acciones. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede pedir un *Manual del miembro* llamando a Servicios al Miembro al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. También puede ver el *Manual del miembro* en duals.anthem.com o descargarlo de este sitio web.

El contrato está en efecto para los meses en los que esté inscrito en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2019.

J. Otra información que obtendrá de nosotros

Ya debe haber recibido su tarjeta de identificación de miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, la información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias* y la información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

En nuestro plan, tendrá solo una tarjeta para los servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos los servicios y soportes a largo plazo, ciertos servicios de salud conductual y medicamentos recetados. Debe mostrar esta tarjeta cuando recibe cualquier servicio o medicamento recetado. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta para que tenga una idea de cómo será la suya:



Si su tarjeta Cal MediConnect se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios al Miembro de inmediato y le enviaremos una nueva. Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni la tarjeta de Medi-Cal para obtener servicios de Cal MediConnect. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



de su tarjeta de identificación de miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, tal vez el proveedor le facture a Medicare en lugar de nuestro plan y usted podría recibir una factura. Consulte el Capítulo 7 para saber lo que debe hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que, para tener acceso a los servicios especializados de salud mental que puede obtener del plan de salud mental (MHP) del condado, necesitará tener su tarjeta de Medi-Cal.

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye los proveedores y las farmacias de la red de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Hay algunas excepciones si es la primera vez que se inscribe en nuestro plan (consulte la página 10).

Puede pedir un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando a Servicios al Miembro al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. También puede ver el *Directorio de proveedores y farmacias* en duals.caremore.com o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicios para los Miembros como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

El Directorio de proveedores y farmacias incluye a profesionales de atención médica (como médicos, profesionales en enfermería y psicólogos), centros (como hospitales o clínicas) y proveedores de apoyo (como proveedores de atención diurna para adultos y atención a domicilio) que puede consultar como miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. También aparecen las farmacias que puede utilizar para obtener medicamentos recetados.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan incluyen:
 - Médicos, enfermeros y otros profesionales de atención médica a quienes puede consultar como miembro de nuestro plan.
 - Clínicas, hospitales, centros de atención de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud para nuestro plan.
 - LTSS, servicios de salud conductual, agencias de atención médica a domicilio, proveedores de equipos médicos duraderos y otros que proporcionan bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o Medi-Cal.

Los proveedores de la red de servicios han aceptado los pagos de nuestro plan para los servicios cubiertos como pago en su totalidad.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Excepto en un caso de emergencia, usted debe surtir las recetas en una de las farmacias de la red si quiere que el plan lo ayude a pagarlas.

Llame a Servicios al Miembro al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. para obtener más información. Tanto Servicios para los Miembros como el sitio web de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan le pueden brindar la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Allí se indica qué medicamentos recetados están cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

En la Lista de medicamentos, también se indica si hay alguna regla o restricción respecto de los medicamentos, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información acerca de cómo acceder a la Lista de medicamentos, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para recibir la información más actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, visite duals.anthem.com o llame al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

J4. Explicación de beneficios

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe que le ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios* (EOB).

La *Explicación de beneficios* le informa el monto total que usted, u otra persona en su nombre, gastó en medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6 encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios* y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

También está disponible una *Explicación de beneficios* cuando usted la pide. Para obtener una copia, póngase en contacto con Servicios al Miembro al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

K. ¿Cómo puede mantener su registro de miembro al día?

Para mantener actualizado su registro de miembro, infórmenos cualquier cambio en sus datos.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Ellos utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos obtiene y**

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



cuánto le cuestan. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en la cobertura del seguro de salud, por ejemplo, su empleador, el empleador de su cónyuge o compensación laboral.
- Cualquier demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Ingreso en un hospital o centro de atención de enfermería.
- Atención en un hospital o una sala de emergencias.
- Cambios en quién es su cuidador (la persona responsable de usted).
- Usted forma parte de un estudio de investigación clínica o ingresa en uno.

Si alguna información cambia, infórmenos llamando a Servicios para los Miembros al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

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

La información de su registro de miembro puede incluir información personal de salud (PHI). Las leyes estatales y federales nos obligan a mantener la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de proteger su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le proporciona información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarlo a responder sus preguntas sobre Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan y sus beneficios de atención médica. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su administrador de casos y otras personas que trabajen como defensor en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A.	Cómo ponerse en contacto con Servicios al Miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan	18
	A1. Cómo ponerse en contacto con Servicios al Miembro	18
B.	Cómo ponerse en contacto con su administrador de casos	21
	B1. Cuándo ponerse en contacto con su administrador de casos	21
C.	Cómo ponerse en contacto con la línea Nurse Advice Call Line (Línea de consejos de enfermería)	23
	C1. Cuándo ponerse en contacto con la línea Nurse Advice Call Line	23
D.	Cómo ponerse en contacto con la Behavioral Health Crisis Line (Línea de crisis de salud conductual)	24
	D1. Cuándo ponerse en contacto con la Behavioral Health Crisis Line	24
E.	Cómo ponerse en contacto con el programa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)	25
	E1. Cuándo ponerse en contacto con el HICAP	25
F.	Cómo ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (QIO)	26
	F1. Cuándo ponerse en contacto con la BFCC-QIO Livanta	26
G.	Cómo ponerse en contacto con Medicare	27

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com. 16



H. Cómo ponerse en contacto con Medi-Cal Health Care Options28

I. Cómo ponerse en contacto con el programa Cal MediConnect Ombuds Program29

J. Cómo ponerse en contacto con Servicios sociales del condado 30

K. Cómo ponerse en contacto con el Plan de salud mental especializado del condado.....31

 K1. Póngase en contacto con el plan de salud mental especializado del condado por lo siguiente:.....31

L. Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada de California32

M. Otros recursos 33



A. Cómo ponerse en contacto con Servicios al Miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

AL	1-855-817-5785 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-855-817-5791
ESCRIBA A	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan P.O. Box 62429 Virginia Beach, VA 23466-2429
SITIO WEB	duals.anthem.com

A1. Cómo ponerse en contacto con Servicios al Miembro

- Preguntas sobre el plan.
- Preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de identificación de miembro.
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica.
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre los siguientes aspectos:
 - Sus beneficios o servicios cubiertos.
 - El monto que deberá pagar por los servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas respecto de una decisión de cobertura sobre su atención médica.
 - Para conocer más acerca de las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre su atención médica.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Una apelación es un método formal para solicitarnos que modifiquemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y pedirnos que la cambiemos si piensa que cometimos un error.
- Para saber más sobre cómo realizar una apelación, consulte el Capítulo 9.
- Reclamos sobre su atención médica.
 - Puede realizar un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor, esté o no esté en la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. También puede presentar un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para la mejora de la calidad (consulte la Sección F a continuación).
 - Puede llamarnos y explicarnos el motivo de su reclamo. Llame a Servicios al Miembro, al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
 - Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura relacionada con su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar un reclamo acerca de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan a Medicare. Puede completar un formulario en línea en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Puede realizar un reclamo acerca de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ante el programa Cal MediConnect Ombuds Program llamando al 1-855-501-3077.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.
- Decisiones de cobertura sobre los medicamentos.
 - Una decisión de cobertura sobre los medicamentos es una decisión sobre los siguientes aspectos:
 - Sus beneficios o medicamentos cubiertos.
 - El monto que deberá pagar por los medicamentos.
 - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D, medicamentos recetados de Medi-Cal y medicamentos de venta libre de Medi-Cal.
 - Para obtener más información con respecto a decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre sus medicamentos.
 - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Para presentar una apelación, usted puede:
 - Llame a Servicios al Miembro al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
 - Enviar por correo una apelación por escrito aquí:
Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan
Medicare Complaints, Appeals and Grievances
Mail Stop OH0205-A537
4361 Irwin Simpson Road
Mason, OH 45040
 - Envíe por fax su apelación al 1-888-458-1406.
 - Para más información con respecto a realizar una apelación sobre sus medicamentos recetados, vea el Capítulo 9.
- Reclamos sobre sus medicamentos.
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye un reclamo sobre sus medicamentos recetados.
 - Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos recetados, puede realizar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar un reclamo acerca de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan a Medicare. Puede completar un formulario en línea en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información con respecto a realizar un reclamo sobre sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- Pago de la atención médica o los medicamentos que usted ya pagó.
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió, consulte el Capítulo 7.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre apelaciones.



B. Cómo ponerse en contacto con su administrador de casos

Al ingresar, se le asignará un administrador de casos que ayudará a coordinar la atención para todas sus necesidades: médicas, sociales, de salud del comportamiento y de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) basados en la comunidad o en un centro.

Si usted ya tiene un administrador de casos (de Anthem Blue Cross, por ejemplo), puede pedir que esa persona sea su administrador de casos de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Aprobaremos su solicitud siempre y cuando:

- Ese administrador de casos también está disponible en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.
- Él o ella tenga el tiempo, basado en su carga de casos actual.

Si no elige un administrador de casos, lo conectaremos con uno. Elegiremos uno con la experiencia y las calificaciones adecuadas para atender sus necesidades singulares. Usted tiene derecho a cambiar su administrador de casos en cualquier momento.

LLAME A	<p>1-855-817-5785 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los representantes de Servicios para los Miembros están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. También puede seguir las indicaciones para que lo comuniquen con un administrador de casos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.</p> <p>De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.</p>
ESCRIBA A	<p>Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan P.O. Box 62429 Virginia Beach, VA, 23466-2429</p>
SITIO WEB	<p>duals.anthem.com</p>

B1. Cuándo ponerse en contacto con su administrador de casos

- Preguntas sobre su atención médica.
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (trastornos de salud mental y por abuso de sustancias).

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Preguntas sobre transporte.
- Preguntas sobre servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).

LTSS incluye Servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS), Programa Multipropósito de Servicios para Personas de la Tercera Edad (MSSP) y centros de atención de enfermería (NF).

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) son una variedad de servicios y apoyos que ayudan a adultos mayores y personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de ayuda y a mejorar la calidad de sus vidas. Los ejemplos incluyen ayuda para bañarse, vestirse y otras actividades básicas de la vida diaria y el autocuidado, como también apoyo para tareas diarias, como lavandería, compras y transporte. Por lo general, los LTSS son proporcionados en hogares y comunidades, pero también en entornos de centros de atención, como los centros de enfermería.

Se deben satisfacer ciertos requisitos de elegibilidad a fin de calificar para estos programas. Llame a Servicios para los Miembros de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m para obtener información adicional sobre los requisitos de elegibilidad.

A veces, puede recibir ayuda con las necesidades básicas y de atención médica diarias.

Es posible que pueda recibir estos servicios:

- Servicios comunitarios para adultos (CBAS).
- Programas de servicios multipropósito para adultos mayores (MSSP).
- Atención de enfermería especializada.
- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.
- Terapia del habla.
- Servicios sociales médicos.
- Y atención médica a domicilio.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



C. Cómo ponerse en contacto con la línea Nurse Advice Call Line (Línea de consejos de enfermería)

La 24-hour Nurse Advice line (Línea de consejos de enfermería de 24 horas) está a su disposición para atender sus preguntas y dudas sobre atención médica. La Nurse Advice Call Line puede ayudarlo a aliviar sus preocupaciones o a determinar si debe ver a un médico. En ocasiones, le surgirán preguntas de salud tarde en la noche, durante los fines de semana o en vacaciones. Sin importar el día o la hora que sea, puede hablar con un enfermero llamando a la 24-hour Nurse Advice Call Line.

LLAME A	<p>1-800-224-0336 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>1-800-368-4424 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.</p> <p>Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados.</p>

C1. Cuándo ponerse en contacto con la línea Nurse Advice Call Line

- Preguntas sobre su atención médica.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



D. Cómo ponerse en contacto con la Behavioral Health Crisis Line (Línea de crisis de salud conductual)

LLAME A	1-855-817-5785 Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-735-2929 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

D1. Cuándo ponerse en contacto con la Behavioral Health Crisis Line

- Preguntas sobre los servicios de salud conductual y por abuso de sustancias.
 - Depresión.
 - Esquizofrenia.
 - Trastorno bipolar.
 - Abuso/dependencia de alcohol y drogas
 - Trastornos alimentarios.

Para preguntas con respecto a los servicios especializados de salud mental de su condado, vaya a la página 31.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



E. Cómo ponerse en contacto con el programa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

El Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (HICAP) proporciona asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué debe hacer para resolver su problema. El HICAP cuenta con asesores capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos.

El HICAP no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan médico.

LLAME A	1-408-350-3200 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
ESCRIBA A	Santa Clara HICAP Office 2115 The Alameda San Jose, CA 95126
SITIO WEB	www.mysourcewise.com

E1. Cuándo ponerse en contacto con el HICAP

- Preguntas sobre su Cal MediConnect plan
 - Los asesores de HICAP Pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo a lo siguiente:
 - Comprender sus derechos.
 - Comprender las opciones del plan.
 - Presentar quejas sobre su atención médica o su tratamiento médico.
 - Solucionar problemas relacionados con las facturas.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



F. Cómo ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (QIO)

Nuestro estado posee una Organización para la mejora de la calidad de la atención centrada en el beneficiario y la familia (BFCC-QIO) llamada Livanta. Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Livanta BFCC-QIO no tiene relación con nuestro plan.

AL	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	http://bfccqioarea5.com

F1. Cuándo ponerse en contacto con la BFCC-QIO Livanta

- Preguntas sobre su atención médica.
 - Puede realizar un reclamo sobre la atención que recibió si:
 - Tiene un problema con la calidad de la atención.
 - Cree que su hospitalización finaliza demasiado pronto.
 - Considera que la atención médica a domicilio, la atención en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



G. Cómo ponerse en contacto con Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

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

LLAME A	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas, los siete días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.</p>
SITIO WEB	<p>http://www.medicare.gov</p> <p>Esta es la página web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada acerca de Medicare. También contiene información sobre hospitales, asilos de ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado si selecciona “Forms, Help & Resources” (Formularios, ayuda y recursos) y después hace clic en la opción “Phone numbers & websites” (Sitios web y números de teléfono).</p> <p>El sitio web de Medicare tiene la siguiente herramienta para ayudarlo a encontrar los planes de su área:</p> <p>Buscador de planes de Medicare: Brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Seleccione “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).</p> <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar en la página web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare al número que aparece más arriba para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en la página web, la imprimirán y se la enviarán.</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



H. Cómo ponerse en contacto con Medi-Cal Health Care Options

Health Care Options de Medi-Cal puede ayudarlo si tiene dudas respecto de seleccionar un Cal MediConnect plan u otras inquietudes sobre la inscripción.

LLAME A	1-844-580-7272 Los representantes de Health Care Options se encuentran disponibles de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
SITIO WEB	https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



I. Cómo ponerse en contacto con el programa Cal MediConnect Ombuds Program

El Cal MediConnect Ombuds Program funciona como un defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o un reclamo, y puede ayudarlo a comprender qué hacer. El Cal MediConnect Ombuds Program puede ayudarlo con problemas de servicio o facturación. El Cal MediConnect Ombuds Program no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Sus servicios son gratuitos.

LLAME A	1-855-501-3077 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., excepto los días feriados
ESCRIBA A	Cal MediConnect Ombuds Program 2 West Santa Clara Street, 8th Floor San Jose, CA 95113
SITIO WEB	www.healthconsumer.org

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



J. Cómo ponerse en contacto con Servicios sociales del condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de Servicios de Respaldo en el Hogar (IHSS), póngase en contacto con el Departamento de Servicios Sociales del condado de su localidad.

LLAME A	1-877-962-3633 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
ESCRIBA A	1888 Senter Road San Jose, CA 95112
SITIO WEB	https://www.sccgov.org/sites/ssa/daas/ihss/Pages/ihss.aspx

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



K. Cómo ponerse en contacto con el Plan de salud mental especializado del condado

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal se encuentran disponibles a través del plan de salud mental (MHP) del condado si cumple con los criterios de necesidad médica.

LLAME A	<p>1-800-704-0900 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Hay representantes disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. para responder preguntas acerca de información general, citas y remisiones. Hay servicios de crisis disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluyendo días feriados.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.</p> <p>De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.</p>

K1. Póngase en contacto con el plan de salud mental especializado del condado por lo siguiente:

- Preguntas sobre los servicios de salud conductual que el condado proporciona.
 - Evaluación de elegibilidad.
 - Remisiones.
 - Citas.
 - Información general sobre servicios disponibles.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



L. Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada (California Department of Managed Health Care, DMHC) de California es responsable de regular los planes médicos. El Centro de ayuda del DMHC puede ayudarlo con las apelaciones y los reclamos contra su plan médico sobre los servicios de Medi-Cal.

LLAME A	1-888-466-2219 Los representantes del DMHC se encuentran disponibles de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	1-877-688-9891 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
SITIO WEB	http://www.hmohelp.ca.gov

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



M. Otros recursos

Institute on Aging: www.mysourcewise.com

Silicon Valley Independent Living Center: www.svilc.org

Atención diurna de adultos - Modelo Social

Alzheimer's Activity Center

2380 Enborg Lane

San Jose, CA 95128

1-408-279-7515

www.alzdaycare.org

Day Break Cares (Catholic Charities)

Sunnyvale:

535 Old San Francisco Road

Sunnyvale, CA 94086

1-408-325-5186

www.daybreakcares.org

Live Oak Adult Day Program

San Jose:

1147 Minnesota Ave.

San Jose, CA 95125

Cupertino:

20920 McClellan Road

Cupertino, CA 95014

Gilroy:

651 W. Sixth St., Ste. 2

Gilroy, CA 95020

Los Gatos:

111 Church St.

Los Gatos, CA 95030

1-408-971-9363

www.liveoakaduldaycare.org

Saratoga Adult Day Care

19655 Allendale Ave.

Saratoga, CA 95070

1-408-868-1262

www.sascc.org

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería

después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Yu-Ai Kai
588 N. Fourth St.
San Jose, CA 95112
1-408-294-2505
www.yuaikai.org

Alimentos

CalFresh
1-877-847-3663
www.calfresh.ca.gov

Meals on Wheels/Sourcewise
2115 The Alameda
San Jose, CA 95126
1-408-350-3200
www.mysourcewise.com

Meals on Wheels/The Health Trust
3180 Newberry Drive, Ste. 200
San Jose, CA 95118
1-408-961-9870
www.healthtrust.org

Condado de Santa Clara:

Senior Nutrition Program
333 W. Julian St.
San Jose, CA 95110
1-408-755-7680
www.sccgov.org

Second Harvest Food Bank – Brown Bag
750 Curtner Ave.
San Jose, CA 95125
1-408-266-8866
www.shfb.org

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo tiene reglas y términos específicos que usted debe conocer para recibir atención médica y otros servicios cubiertos de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. También brinda información acerca de su administrador de casos, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando se le factura directamente por servicios cubiertos por nuestro plan, y las reglas para poseer Equipo Médico Duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Información acerca de “servicios,” “servicios cubiertos” “proveedores,” y “proveedores de la red”	37
B. Reglas para recibir servicios y soporte a largo plazo (LTSS), de atención médica y de salud del comportamiento cubiertos por el plan	37
C. Información sobre su administrador de casos.....	39
C1. Qué es un administrador de casos	39
C2. Cómo ponerse en contacto con su administrador de casos.....	39
C3. Cómo puede cambiar de administrador de casos.....	40
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores médicos de la red y proveedores médicos fuera de la red	40
D1. Atención de un proveedor de atención primaria	40
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	42
D3. Qué hacer cuando un proveedor deja de participar en nuestro plan.....	43
D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red.....	44
E. Cómo recibir servicios y soporte a largo plazo (LTSS)	44
F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por abuso de sustancias)	45

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



F1. ¿Cuáles servicios de salud conductual de Medi-Cal son proporcionados fuera de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan a través del Departamento de Servicios de Salud Conductual del condado de Santa Clara?	45
G. Cómo recibir servicios de transporte	47
H. Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de atención o durante un desastre.....	48
H1. Atención ante una emergencia médica.....	48
H2. Atención necesaria de forma urgente	49
H3. Atención durante un desastre.....	50
I. Qué debe hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan	50
I1. Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan	50
J. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	51
J1. Definición de estudio de investigación clínica.....	51
J2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	51
J3. Cómo obtener más información sobre los estudios de investigación clínica.....	52
K. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando usted se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	52
K1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	52
K2. Cómo obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	52
L. Equipo médico duradero (DME).....	53
L1. DME como miembro de nuestro plan.....	53
L2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	53



A. Información acerca de “servicios,” “servicios cubiertos” “proveedores,” y “proveedores de la red”

Los servicios incluyen atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, servicios de salud conductual, medicamentos recetados y medicamentos de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** incluyen todos los servicios que nuestro plan paga. Los servicios y soportes a largo plazo (LTSS), de atención médica y de salud conductual cubiertos se incluyen en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Los proveedores son los médicos, los enfermeros y otras personas que proporcionan servicios y atención. El término proveedores también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que proporcionan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipos médicos y servicios y soportes a largo plazo (LTSS).

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan médico. Estos proveedores han aceptado nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red de servicios nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para recibir servicios y soporte a largo plazo (LTSS), de atención médica y de salud del comportamiento cubiertos por el plan

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Esto incluye servicios y soportes a largo plazo (LTSS) y de salud conductual.

Por lo general, Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan pagará por los servicios de atención médica, servicios de salud conductual y LTSS que usted recibe si sigue las reglas del plan. Para recibir cobertura de nuestro plan:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluida en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla está en el Capítulo 4 de este manual).
- Se debe determinar que la atención sea necesaria por motivos médicos. Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra autorización por adelantado (a veces denominada "autorización previa"). Los servicios cubiertos que requieren de una aprobación previa aparecen marcados en el cuadro de beneficios médicos. Cuando tomamos una decisión, nos basamos en dos cosas. Primero, las reglas de Medicare. Segundo, existen estándares de práctica médica generalmente aceptados. Estos estándares están probados y aceptados por aquellos que practican y estudian medicina. También debemos asegurarnos de que usted obtenga la atención más económica. Esto significa que no sea más costosa que otra opción que funcionaría igual de bien. Pero también necesitamos que sea la adecuada para usted. Y que usted la reciba en el lugar correcto y la cantidad correcta de veces. Por último, no podemos aprobar un servicio

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- solo porque es más conveniente que otra opción. Usted debe contar con nuestra aprobación antes de recibir atención de proveedores que no pertenecen al plan, a menos que sea atención de urgencia, atención de emergencia o diálisis renal fuera del área de servicio. Para encontrar un proveedor en nuestro plan, consulte nuestro Directorio de proveedores y farmacias o llame a Servicios para los Miembros. Si tiene una remisión o considera que necesita usar un proveedor que no está en nuestro plan, debe llamarnos para obtener nuestra aprobación antes de recibir la atención.
- Para servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que haya ordenado la atención o le haya indicado que vea a otro médico. Como miembro del plan, debe elegir a un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red o nuestro plan debe darle su aprobación antes de que pueda ver a alguien que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red del plan. Esto se conoce como **remisión**. Si no obtiene aprobación, puede que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan no cubra los servicios. No necesita un referido para consultar a determinados especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Para aprender más acerca de las remisiones, vea la página 40.
 - Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige su PCP, también elige el grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo remitirá a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es un equipo de médicos de atención primaria y especialistas que trabajan en conjunto para proporcionar la atención que usted necesita.
 - No necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o de urgencia o para consultar a un proveedor de salud de mujeres. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP. Para aprender más acerca de esto, vea la página 40.
 - Para aprender más acerca de cómo elegir un PCP, vea la página 40.
 - **Debe recibir su atención de proveedores de la red que estén afiliados al grupo médico de su PCP.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaja con el plan médico y el grupo médico de su PCP. A continuación, mencionamos algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - El plan cubre atención de emergencia o de urgencia, de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para ver lo que significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección H, página 48.
 - Si necesita atención que nuestro plan cubre y nuestros proveedores de la red no pueden brindarle, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, se puede requerir autorización previa. En esta situación, cubriremos la atención sin costo para usted. Para obtener información sobre la obtención de aprobación para ver a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página 44.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan por un período corto. Puede recibir estos servicios en un centro para diálisis certificado por Medicare.
- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede solicitarnos seguir viendo a sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, se nos exige aprobar esta solicitud si podemos establecer que usted tuvo una relación existente con los proveedores (vea el Capítulo 1, página 10). Si aprobamos su solicitud, puede continuar recibiendo atención de los proveedores que consulta en la actualidad por un máximo de 12 meses para obtener servicios. Durante ese tiempo, su administrador de caso se pondrá en contacto con usted para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red que estén afiliados al grupo médico de su PCP. Después de los 12 meses, ya no cubriremos su atención si continúa viendo a proveedores que no están en nuestra red ni afiliados al grupo médico de su PCP.
- Los servicios de Medicare incluyen atención médica, cierta atención de salud mental y atención hospitalaria proporcionada por su médico de atención primaria o especialista. Los servicios de Medi-Cal incluyen programas en el hogar y la comunidad, como los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y la atención proporcionada en centros de atención a largo plazo.

C. Información sobre su administrador de casos

C1. Qué es un administrador de casos

Un administrador de caso es un enfermero certificado, un especialista clínico u otra persona capacitada que trabaja para nuestro plan para brindarle servicios de coordinación de atención. Los administradores de casos se asocian con usted y sus proveedores para conseguirle la atención que necesita para estar sano.

Su encargado de caso podría ayudarle a:

- Entender y manejar su salud.
- Trabajar con usted en un plan de atención que satisfaga sus necesidades.
- Recibir la atención que necesita de su plan y su comunidad.
- Trabajar con sus otros proveedores como equipo.

C2. Cómo ponerse en contacto con su administrador de casos

Póngase en contacto con su administrador de casos llamando a Servicios al Miembro. En muchas situaciones, el administrador de casos puede proporcionarle al miembro su información de contacto directo.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



C3. Cómo puede cambiar de administrador de casos

Si prefiere que lo vea un administrador de casos distinto, llame a Servicios al Miembro para compartir sus dudas y pedir otro administrador de casos.

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores médicos de la red y proveedores médicos fuera de la red

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para proporcionar y administrar su atención. Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige su PCP, también elige el grupo médico afiliado.

Definición de “PCP” y qué hace un PCP por usted

Su PCP es su principal proveedor de atención médica. Su PCP conservará sus registros médicos y conocerá sus necesidades de salud con el tiempo. Verá a su PCP para chequeos periódicos y visitas de bienestar. Si se enferma, su PCP será el primero en brindarle atención. Le recetará medicamentos, solicitará autorización previa para los servicios que usted necesita y lo remitirá a especialistas u otros proveedores, de ser necesario.

Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Un grupo médico es un equipo de médicos de atención primaria y especialistas que trabajan en conjunto para proporcionar la atención que usted necesita.

Su PCP puede ser:

- Un médico de cabecera.
- Obstetra/ginecólogo.
- Un especialista que brinde atención primaria.
- Una clínica del departamento de salud local o clínica comunitaria similar.

Su elección de PCP

Cuando elija un PCP, usted debe elegir un proveedor:

- Use ahora.
- Haya sido recomendado por alguien de su confianza.
- A cuyo consultorio le sea fácil llegar.

Para ver una lista de los PCP de nuestra red, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*. Los PCP están listados por ciudad, de modo que pueda encontrar uno cercano al lugar donde vive y trabaja. En el directorio, también se indica qué idiomas se hablan en los consultorios del PCP. Si necesita ayuda para elegir un PCP, llame a Servicios al Miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Si hay un especialista u hospital en particular que desea usar, es importante que verifique si está afiliado al grupo médico de su PCP. Puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, o pedirle a Servicios al Miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan que verifique si el PCP que usted desea hace remisiones a ese especialista o usa ese hospital.

Opción de cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de nuestro plan. Si su PCP abandona nuestra red del plan, lo podemos ayudar a encontrar un nuevo PCP que se encuentre dentro de la red del plan.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para los Miembros al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Cuando llame, asegúrese de decirle a Servicios al Miembro si está acudiendo a especialistas o recibiendo otros servicios que necesitan la aprobación de su PCP. Algunos de estos servicios pueden ser servicios de atención a domicilio y equipos médicos duraderos.

Puede comenzar a ver a su PCP en el primer día del mes después de su solicitud. Por ejemplo, si pide cambiar su PCP el 13 de septiembre, puede comenzar a ver a su nuevo médico de atención primaria el 1.º de octubre.

Recuerde que los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si cambia su PCP, también podría estar cambiando de grupo médico. Cuando pida el cambio, asegúrese de indicarle a Servicios al Miembro si está viendo a un especialista o recibiendo otros servicios médicos que requieren la aprobación del PCP. Servicios al Miembro se asegurará de que, cuando cambie de PCP, usted pueda seguir recibiendo la atención especializada y los demás servicios.

Servicios que puede obtener sin aprobación previa de su PCP

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de consultar a otros proveedores. Esta aprobación se conoce como **remisión**. Usted puede obtener servicios como los que se incluyen en el listado a continuación sin necesidad de aprobación previa de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Atención de urgencia proporcionada por proveedores de la red.
- Atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede obtenerla de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio del plan. (Llame a Servicios al Miembro antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a obtener diálisis mientras se encuentra fuera del área de servicio).
- Vacunas antigripales, contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Atención médica de rutina para las mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), análisis de Papanicolau y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para obtener servicios de proveedores de atención médica para indígenas, puede consultar a estos proveedores sin remisión.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad específica o una parte del cuerpo. Existen muchas clases de especialistas. Aquí tiene algunos ejemplos:

- Oncólogos para pacientes con cáncer.
- Cardiólogos para pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopedistas para pacientes con problemas en huesos, articulaciones o músculos.

Si necesita atención de un especialista, su PCP lo remitirá al médico indicado u otro proveedor de atención médica que pueda darle el tipo de atención que usted necesita.

- Para algunos servicios, es probable que necesite una autorización previa. Una autorización previa significa que usted necesita nuestra aprobación antes de recibir un servicio o medicamento específicos. Su médico u otro proveedor de atención médica solicitarán la autorización previa para los servicios que considere que son necesarios para usted. Para saber qué servicios requieren autorización previa, vea la Tabla de beneficios en el Capítulo 4: Tabla de beneficios.
- Es probable que su PCP trabaje únicamente con un hospital o grupo de especialistas en particular. Es por esto que debe obtener una remisión de su PCP antes de ver a un especialista. Si tiene alguna pregunta con respecto a los especialistas u hospitales con los que trabaja su PCP, comuníquese con este o con Servicios al Miembro.

Es muy importante obtener una remisión (aprobación por anticipado) antes de que pueda ver a un especialista contratado por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan o reciba servicios especializados (con excepción de aquellos servicios enumerados arriba en la Sección D). Si no tiene una remisión (aprobación por anticipado) antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que deba pagar por los servicios usted mismo. Consulte la sección D para obtener información acerca de cuáles servicios requieren remisiones y/o autorizaciones previas.

Si un especialista quiere que usted regrese para recibir más atención, verifique primero para estar seguro de que la remisión (aprobación por anticipado) de su PCP, un extensivista o profesional en enfermería o especialista cubre más visitas a ese especialista. De lo contrario, usted debe obtener otra remisión (aprobación por anticipado) para las visitas adicionales al especialista.

Además, los PCP usan ciertos especialistas y hospitales para las remisiones, así que el PCP que usted selecciona suele determinar los especialistas y hospitales a los que usted es remitido. Si hay

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



un especialista u hospital particular contratado por el Centro de atención de CareMore que usted prefiera, verifique primero para estar seguro de que su PCP envía pacientes a ese especialista o usa ese hospital.

D3. Qué hacer cuando un proveedor deja de participar en nuestro plan

Un proveedor de la red que lo atiende puede dejar el plan. Si uno de los proveedores abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Haremos todo lo posible, de buena fe, para avisarle al menos 30 días antes, para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está en tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento necesario por motivos médicos al que está sometido no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

Si se entera de que su proveedor dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención. Llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.

Si, actualmente, está con un tratamiento médico, puede haber algunos casos donde cambiar su médico, proveedor auxiliar u hospital perjudicaría su plan de tratamiento actual. A continuación, se indican algunos ejemplos de afecciones médicas por las que es posible que usted continúe recibiendo atención de su proveedor actual después de que él/ella abandone nuestra red:

- Visitas posoperatorias después de una cirugía.
- Rehabilitación cardíaca.
- Cirugías programadas.
- Trasplantes de órganos.
- Finalización de un tratamiento actual de quimioterapia o radioterapia.
- Atención a pacientes internados.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Puede haber otros ejemplos, y se harán los arreglos apropiados según cada caso, en función de la necesidad médica. Si, actualmente, usted está recibiendo tratamiento continuo activo de un especialista del plan, o si hay circunstancias especiales que podrían ameritar o requerir que continúe su atención médica con su proveedor actual después de que este abandone nuestra red, llame a Servicios al Miembro.

D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

En la mayoría de los casos, no cubriremos la atención que recibe de un proveedor fuera de la red. Esto significa que a la atención se la brindó un proveedor que no es parte de la red del plan. Hay momentos en que cubriremos la atención de un proveedor fuera de la red. Aquí le indicamos tres casos en que cubriremos la atención de un proveedor fuera de la red:

- Si usted necesita atención de emergencia o de urgencia. Para obtener más información sobre esto y para saber qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte Atención de emergencia o Atención de urgencia en la Tabla de beneficios médicos, en el Capítulo 4.
- Si usted necesita atención médica que Medicare dice que nuestro plan debe cubrir pero ninguno de los proveedores de nuestra red ofrece este tipo de atención. En este caso, su PCP o especialista deberá obtener una "autorización previa". Esto significa que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan debe aprobar esto antes de que usted reciba la atención. Si usted tiene aprobación por anticipado, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Es muy importante que obtenga la remisión de su PCP, especialista o extensivista aprobado antes de ver a un proveedor fuera de la red. Si no obtiene una remisión antes de recibir atención médica de un proveedor fuera de la red, tal vez deba pagar por los servicios usted mismo.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté fuera del área de servicio del plan por un periodo corto.

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

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Medi-Cal.
- Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben decirle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Cómo recibir servicios y soporte a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) consisten en Servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS), Programa de servicios multipropósito para adultos mayores (MSSP) y centros

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



de enfermería (NF). Los servicios pueden brindarse en su hogar, en la comunidad o en un centro. A continuación, se describen los diferentes tipos de LTSS:

- **Servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS):** programa de servicio ambulatorio basado en un centro que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacional y del habla, cuidado personal, entrenamiento y apoyo de familia/cuidador, servicios de nutrición, transporte y otros servicios si usted cumple con los criterios de elegibilidad aplicables.
- **Programa Multipropósito de Servicios para Personas de la Tercera Edad (MSSP):** programa específico de California que brinda Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) a clientes frágiles de edad avanzada que pueden estar certificados para vivir en un centro de enfermería, pero desean seguir viviendo en la comunidad.
 - Las personas elegibles para Medi-Cal que tienen 65 años o más y alguna discapacidad pueden cumplir con los requisitos para este programa. Este programa es una alternativa a la internación en un centro de enfermería.
 - Los servicios del MSSP pueden incluir, entre otros, los siguientes: centros de apoyo/atención diurna para adultos; ayuda para la vivienda, como adaptaciones físicas y dispositivos de asistencia; ayuda para las tareas y el cuidado personal; supervisión de protección; administración de la atención y otro tipo de servicios.
- **Centro de enfermería (NF):** centro que brinda atención a las personas que no pueden vivir seguras en sus hogares pero que no necesitan estar en un hospital.

Su administrador de casos le ayudará a entender cada programa. Para averiguar más acerca de estos programas, llame a Servicios al Miembro al 1-855-817-5785 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por abuso de sustancias)

Tendrá acceso a servicios de salud conductual necesarios por motivos médicos que estén cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan proporciona acceso a servicios de salud conductual cubiertos por Medicare. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan no proporciona los servicios de salud conductual cubiertos por Medi-Cal, pero estos estarán disponibles para los miembros elegibles de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan a través del Departamento de Salud Mental del condado de Santa Clara y el Departamento de Servicios para Alcoholismo y Drogadicción.

F1. ¿Cuáles servicios de salud conductual de Medi-Cal son proporcionados fuera de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan a través del Departamento de Servicios de Salud Conductual del condado de Santa Clara?

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal se encuentran disponibles a través del plan de salud mental (MHP) del condado si cumple con los criterios de necesidad médica

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



de los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal. Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal que proporciona el Departamento de Servicios de Salud Conductual del condado de Santa Clara incluyen:

- Servicios de salud mental (evaluación, terapia, rehabilitación, servicios colaterales y desarrollo del plan).
- Servicios de apoyo de medicamentos.
- Tratamiento intensivo diurno.
- Rehabilitación diurna.
- Intervención en caso de crisis.
- Estabilización de crisis.
- Servicios de tratamiento residencial para adultos.
- Servicios de tratamiento residencial en caso de crisis.
- Servicios en centros médicos psiquiátricos.
- Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados.
- Administración de casos objetivo.

Los servicios de Drug Medi-Cal están disponibles para usted a través del Departamento de Servicios de Salud Conductual del condado de Santa Clara si cumple con los criterios de necesidad médica de Drug Medi-Cal. Los servicios de Drug Medi-Cal proporcionados por el Departamento de Salud Mental del condado de Santa Clara y el Departamento de Servicios para Alcoholismo y Drogadicción incluyen:

- Servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios.
- Servicios de tratamiento residencial.
- Servicios gratuitos de medicamentos para pacientes ambulatorios.
- Servicios de tratamiento para dejar los narcóticos.
- Servicios de tratamiento con naltrexona para casos de dependencia opiode.

Además de los servicios de Drug Medi-Cal mencionados anteriormente, puede tener acceso a servicios de desintoxicación voluntaria para pacientes hospitalizados si cumple con los criterios de necesidad médica.

Si siente que necesita alguno de estos servicios, hable con su administrador de casos o su PCP. Su administrador de casos o proveedor le hará preguntas para averiguar las clases de servicios que usted necesita y le ayudará a escoger un proveedor. Usted podría necesitar una remisión o una autorización previa (lo que significa que necesita nuestro permiso) para recibir los servicios. Una vez que obtenga la remisión o la autorización previa, usted o su administrador de casos pueden programar una cita.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



G. Cómo recibir servicios de transporte

Dos tipos de transporte están cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Transporte médico que no sea de emergencia

- Este beneficio proporciona el transporte que sea más económico y accesible. Este puede incluir: ambulancia, camioneta con litera, servicios de transporte médico en camioneta para silla de ruedas y coordinación con paratransito.
- Esta forma de transporte está autorizada cuando:
 - Su afección médica o física no le permite viajar en autobús, vehículos particulares, taxis u otro medio de transporte público o privado.
 - Se requiere el transporte para obtener la atención médica necesaria.

Transporte no médico

- Este beneficio le proporciona transporte para recibir servicios médicos en vehículos particulares, taxi u otro medio de transporte público o privado. Por ejemplo, podría utilizar este servicio si necesitara transporte para una cita programada con su médico.

Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección D, o póngase en contacto con Servicios al Miembro.

Los servicios de transporte cubiertos se proporcionan para las visitas de atención médica de rutina y que no sean de emergencia aprobadas por el plan, para miembros ambulatorios o que utilicen sillas de ruedas de tamaño estándar, y que no tengan una afección médica que los limite y les impida utilizar los medios comunes de transporte público. Para ser cubiertos, los servicios de transporte deben ser proporcionados por un operador de servicio de transporte contratado y designado. Se pueden usar distintos medios de transporte que no sean camionetas y taxis si están aprobados por el plan.

Cómo programar el transporte

- Usted debe coordinar su transporte a través de nosotros y debe programar el transporte con no menos de un día laboral antes de su cita médica.
- A cada miembro se le permite un acompañante.
- Usted debe informar al Departamento de Transporte por lo menos un día hábil antes de la cita si llevará un acompañante. Todos los acompañantes deben tener 17 años o más.
- No se permiten animales, a menos que sean animales de servicio.
- Se necesita un Formulario de declaración de certificación médica para transporte médico que no sea de emergencia (NEMT) para servicios de transporte en ambulancia, camioneta con camilla o litera, silla de ruedas o transporte aéreo para miembros con determinadas afecciones médicas y físicas.

Para programar su transporte, llame a nuestra Unidad de Transporte al 1-888-325-1024 (TTY 711) de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. de lunes a viernes (excepto los días feriados).

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Política de cancelación

Notifíquenos de cualquier cancelación un día laboral antes de su viaje programado. Es importante cancelar su viaje programado para que podamos notificar al servicio de transporte y al conductor. Contacte a Servicios al Miembro para más información.

H. Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de atención o durante un desastre

H1. Atención ante una emergencia médica

Definición de emergencia médica

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

- Riesgo grave para su salud o la de su hijo no nacido.
- Un grave deterioro de las funciones corporales.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
 - No haya suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
 - El traslado a otro hospital puede poner en riesgo su salud o seguridad, o las del bebé no nacido.

Qué debe hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. **No** es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP.
- **Asegúrese lo antes posible de avisarle a nuestro plan acerca de la emergencia.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted o alguna otra persona deben llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. Llámenos al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Este número también se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Puede recibir atención de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan lo cubre. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ofrece cobertura complementaria limitada de atención médica de emergencia para ocasiones cuando usted esté fuera de Estados Unidos. Remítase a la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 para obtener más detalles.

Una vez que finaliza la emergencia, es posible que necesite recibir atención de seguimiento para garantizar que se mejore. Nuestro plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que proveedores de la red se encarguen de su atención lo más pronto posible.

Recibir atención de emergencia si no era una emergencia

Algunas veces puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que solicite atención de emergencia, pero el médico le diga que no era realmente una emergencia. Siempre y cuando usted, razonablemente, crea que su salud estuvo en grave peligro, cubriremos su atención.

No obstante, si el médico sostiene que no se trató de una emergencia, cubriremos su atención adicional solo si:

- Va a un proveedor de la red.
- La atención que recibe se considera "atención de urgencia" y usted sigue las reglas para obtener esta atención. (Consulte la siguiente sección).

H2. Atención necesaria de forma urgente

Definición de atención necesaria de forma urgente

La atención de urgencia es la atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia pero necesita atención inmediata. Por ejemplo, si usted tiene una afección existente que se agrava en determinado momento y necesita recibir tratamiento.

Atención necesaria de forma urgente cuando usted se encuentra en el área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, cubriremos la atención de urgencia solo si:

- Usted recibe esta atención por parte de un proveedor de la red.
- Sigue las otras reglas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no puede llegar a un proveedor de la red, cubriremos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si tiene una enfermedad o lesión repentina que no sea una emergencia médica y está en el área de servicio del plan, llame a su PCP. Si el consultorio de su PCP está cerrado, vaya a cualquier centro de atención de urgencia ubicado dentro de nuestra área de servicio. Hay una lista de centros de atención de urgencia en su *Directorio de proveedores y farmacias*. Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Atención necesaria de forma urgente cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención necesaria de forma urgente que reciba de cualquier proveedor.

- Nuestro plan cubre la atención de emergencia y urgente en todo el mundo hasta un límite combinado de \$10,000 por año calendario.

H3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de su Estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre declarado: duals.anthem.com.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, le permitiremos recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

I. Qué debe hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla al plan, debe pedirnos que paguemos la factura.

Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda devolverle el monto.

Si usted ha pagado por sus servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 para saber lo que debe hacer.

I1. Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cubre todos los servicios:

- Que se hayan determinado necesarios por motivos médicos.
- Que estén incluidos en la Tabla de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4).
- Que usted obtiene al seguir las reglas del plan.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **debe pagar el costo completo.**

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Si desea saber si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no pagaremos por sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el Capítulo 9, se explica lo que debe hacer si desea que cubramos un artículo o servicio médico. También se le informa cómo apelar nuestra decisión de cobertura. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si pasa ese límite, deberá pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame a Servicios al Miembro para averiguar cuáles son los límites y cuánto le falta para alcanzarlos.

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

J1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también conocido como un estudio clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos o de atención médica. Solicitan voluntarios para que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio ayuda a los médicos a decidir si un nuevo tipo de atención médica o medicamento funciona y si es seguro.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que usted desea participar, una persona que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted. Esa persona le informará sobre el estudio y determinará si usted califica para participar. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con las condiciones requeridas. También debe entender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras participa en el estudio, puede seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, puede continuar recibiendo atención de nuestro plan que no esté relacionada con el estudio.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario obtener aprobación de nosotros o de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención, como parte del estudio *no* necesitan ser proveedores de la red.

Sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.

Si tiene planificado participar en un estudio de investigación clínica, usted o su administrador de casos debe comunicarse con Servicios al Miembro para informarnos que usted participará en un ensayo clínico.

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

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará nada por los servicios cubiertos en virtud del estudio y Medicare pagará los servicios cubiertos en virtud del estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los productos y servicios que recibe como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Si participa en un estudio que Medicare **no ha aprobado**, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

J3. Cómo obtener más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica en la publicación "Medicare & Clinical Research Studies" (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

K. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando usted se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

K1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un establecimiento que brinda atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si el recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de sus creencias religiosas, cubriremos la atención en una institución de atención de la salud, religiosa, no médica.

Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio es únicamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de atención sanitaria no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención sanitaria no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

K2. Cómo obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para recibir atención de una institución de atención de la salud religiosa, no médica, debe firmar un documento legal donde se indique que se opone a recibir tratamiento médico que sea "no exceptuado".

- Tratamiento médico "no excluido" es cualquier atención que sea *voluntaria y no exigida* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" corresponde a la atención que no se considera voluntaria y que es obligatoria según la legislación federal, estatal o local.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan está limitada a aspectos de atención *no religiosos*.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicará lo siguiente:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes hospitalizados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de que lo ingresen en el centro; de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.

Si es admitido, su beneficio y cobertura de atención hospitalaria como paciente internado puede aplicarse a servicios recibidos en instituciones de atención de la salud, religiosas, no médicas. Remítase a sus beneficios de atención hospitalaria como paciente internado, detallados en la Tabla de beneficios médicos, en el Capítulo 4.

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

Equipo médico duradero (DME) significa ciertos artículos solicitados por un proveedor para uso en su propia casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos para generar el habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Siempre será propietario de ciertos artículos, como dispositivos protésicos.

En esta sección, hablamos de los DME que debe alquilar. Como miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, usted por lo general no será dueño del DME, sin importar el tiempo de alquiler.

En determinadas situaciones, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicios al Miembro para averiguar los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe presentar.

L2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

En el programa original de Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar determinados tipos de DME antes de poder quedárselos.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Nota: Puede encontrar definiciones de los planes Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare y usted 2019*. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando 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.

Deberá realizar 13 pagos consecutivos en Original Medicare, o deberá realizar la cantidad de pagos consecutivos establecidos por el plan Medicare Advantage, para quedarse con el artículo de DME:

- Si no se había convertido en propietario del DME mientras estaba en nuestro plan.
- Si deja nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare o un plan Medicare Advantage.

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

- Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos en Original Medicare, o una cantidad de pagos consecutivos nuevos establecidos por el plan Medicare Advantage, para quedarse con el artículo de DME.
- No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare o un plan Medicare Advantage.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo explica los servicios que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cubre y cualquier restricción o límite sobre esos servicios. También incluye información sobre los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Sus servicios cubiertos.....	56
B. Reglas para evitar que los proveedores le cobren por los servicios	56
C. Tabla de beneficios de nuestro plan	56
D. La Tabla de beneficios	58
E. Beneficios cubiertos fuera de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan	101
E1. Servicios de apoyo en el hogar (IHSS).....	101
E2. Transiciones a la comunidad de California (CCT).....	101
E3. Programa odontológico de Medi-Cal	102
E4. Cuidados paliativos	102
F. Beneficios sin cobertura de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, Medicare o Medi-Cal	103



A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le explica qué servicios paga Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5. En este capítulo, también se explican los límites para algunos servicios.

Debido a que usted obtiene asistencia de Medi-Cal, no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando respete las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 para ver los detalles acerca de las reglas del plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a su administrador de casos o a Servicios al Miembro al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

B. Reglas para evitar que los proveedores le cobren por los servicios

No permitimos que los proveedores de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan le facturen los servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y usted estará protegido contra cualquier cobro. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si esto ocurre, consulte el Capítulo 7 o llame a Servicios al Miembro.

C. Tabla de beneficios de nuestro plan

En la Tabla de beneficios, se indica qué servicios paga el plan. Se indican las categorías de servicios en orden alfabético y se explican los servicios cubiertos.

Pagaremos los servicios mencionados en la Tabla de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes reglas. No paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se describen a continuación.

- Los servicios que cubren Medicare y Medi-Cal deben brindarse de conformidad con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios (incluso atención médica, servicios de salud conductual y abuso de sustancias, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, equipos y medicamentos) deben ser necesarios por motivos médicos. Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra autorización por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren de una aprobación previa aparecen marcados en el cuadro de beneficios médicos. Cuando tomamos una decisión, nos basamos en dos cosas. Primero, las reglas de Medicare. Segundo, existen estándares de práctica médica generalmente aceptados. Estos estándares están probados y aceptados por aquellos que

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



practican y estudian medicina. También debemos asegurarnos de que usted obtenga la atención más económica. Esto significa que no sea más costosa que otra opción que funcionaría igual de bien. Pero también necesitamos que sea la adecuada para usted. Y que usted la reciba en el lugar correcto y la cantidad correcta de veces. Por último, no podemos aprobar un servicio solo porque es más conveniente que otra opción. Usted debe contar con nuestra aprobación antes de recibir atención de proveedores que no pertenecen al plan, a menos que sea atención de urgencia, atención de emergencia o diálisis renal fuera del área de servicio. Para encontrar un proveedor en nuestro plan, consulte nuestro Directorio de proveedores y farmacias o llame a Servicios para los Miembros. Si tiene una remisión o considera que necesita usar un proveedor que no está en nuestro plan, debe llamarnos para obtener nuestra aprobación antes de recibir la atención. Un servicio es necesario por motivos médicos cuando es razonable y necesario para proteger la vida, evitar enfermedades o discapacidades significativas, o para aliviar un dolor intenso.

- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, no pagaremos la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 contiene más información sobre el uso de proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un médico de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que le brindan y supervisan su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda ver a alguien que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red del plan. Esto se conoce como "remisión". El Capítulo 3 contiene más información acerca de cómo obtener una remisión y detalla cuándo no necesita una remisión.
- Debe recibir atención de proveedores que estén afiliados con el grupo médico de su PCP. Vea el Capítulo 3 para obtener más información.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación primero. Esto se llama "autorización previa". Los servicios cubiertos que requieren autorización previa primero están marcados en la Tabla de beneficios en letra cursiva.
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana 🍏 al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.



D. La Tabla de beneficios

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Pagaremos por una ecografía solo una vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted presenta ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Usted debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	\$0
	<p>Acupuntura</p> <p>Pagaremos un máximo de dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios cada mes calendario o con más frecuencia si son médicamente necesarios.</p> <p><i>Se aplican reglas de autorización para visitas adicionales necesarias por motivos médicos.</i></p>	\$0
	<p>Detección y asesoramiento por abuso de alcohol.</p> <p>Pagaremos un solo examen de detección de abuso de alcohol (SBIRT) para adultos que abusen del alcohol pero que no tengan una dependencia. Esto incluye mujeres embarazadas.</p> <p>Si sale positivo por abuso de alcohol, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personal por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) provistas por un proveedor o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser tan grave que otras formas de llegar a un lugar de atención pondrían en riesgo su vida o salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben tener nuestra aprobación.</p> <p>En aquellos casos que no son emergencias, <i>podemos</i> pagar una ambulancia. Su afección debe ser tan grave que otras formas de llegar a un lugar de atención pondrían en riesgo su vida o salud.</p> <p><i>Es posible que se apliquen reglas de autorización para el transporte que no sea de emergencia.</i></p>	\$0	
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Puede obtener un chequeo anual. Esto es para crear o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Pagaremos por esa visita una vez cada 12 meses.</p>	\$0	
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Pagaremos por ciertos procedimientos para los miembros que califiquen (por lo general, personas en riesgo de perder masa ósea o contraer osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o descubren la calidad ósea.</p> <p>Pagaremos por el servicio una vez cada 24 meses o más seguido si es necesario por motivos médicos. También pagaremos para que un médico examine y comente los resultados.</p>	\$0	
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. 	\$0	

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>Pagaremos por servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones con una remisión de un médico.</p> <p>También cubrimos programas de rehabilitación cardíaca intensivos, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Usted debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	\$0
<p> Visita para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para una enfermedad cardíaca)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante esta visita, su médico puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablar sobre el uso de la aspirina. • Controlar la presión arterial. • O brindarle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien. 	\$0
<p> Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>Pagamos los análisis de sangre para verificar si padece una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan si hay defectos debido al alto riesgo de padecer enfermedades cardíacas.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para mujeres que corren alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para mujeres que han obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años y están en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	\$0
	<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para lograr la alineación. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Usted debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas mayores de 50 años, pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección) cada 48 meses. • Análisis de sangre oculta en la materia fecal cada 12 meses. • Análisis de sangre oculta en las heces basado en guayacol o análisis inmunoquímico de las heces, cada 12 meses. • Examen de detección de cáncer colorrectal basado en el ADN, cada 3 años. • Colonoscopia cada diez años (pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección). • Colonoscopia (o enema de bario de detección) para personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cada 24 meses. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Usted debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS):</p> <p>Los CBAS son un programa de servicios basados en un centro para pacientes ambulatorios donde las personas asisten de acuerdo con un programa. Proporcionan atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (incluida fisioterapia, terapia ocupacional y del habla), atención personal, capacitación y apoyo para la familia o el cuidador, servicios nutricionales, servicios de transporte y otros servicios. Pagaremos los CBAS si cumple con los criterios de elegibilidad.</p> <p>Nota: Si un centro de CBAS no está disponible, podemos proporcionar estos servicios por separado.</p> <p><i>Es posible que se apliquen reglas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles.</i></p>	<p>\$0</p>



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco, no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco, y quiere o desea dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagaremos dos intentos para dejar de fumar en un período de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada tentativa de dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas personales de orientación. <p>Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubriremos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. <p>Si está embarazada, puede recibir sesiones de asesoramiento ilimitadas para dejar de fumar <i>con autorización previa</i>.</p> <p><i>Es posible que se apliquen reglas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>Ciertos servicios odontológicos, incluidas las limpiezas, los empastes y las dentaduras postizas, están disponibles a través del Programa odontológico de Medi-Cal. Para obtener más información sobre este beneficio, consulte la Sección F.</p>	<p>\$0</p>
 <p>Prueba de detección de depresión</p> <p>Pagaremos un solo examen de detección de depresión cada año. Debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y remisiones.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Examen de detección de la diabetes</p> <p>Pagaremos este examen de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión). • Niveles históricos anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia). • Obesidad. • Historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). <p>Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede calificar para realizarse hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Capacitación, servicios y suministros para autocontrol de la diabetes</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios para todas las personas diabéticas (ya sea que utilicen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para monitorear su glucosa en la sangre, incluido lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un glucómetro. ○ Tiras reactivas para controlar el nivel de glucosa en sangre. ○ Dispositivos de punción y lancetas. ○ Soluciones para el control de la glucosa para controlar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave, pagaremos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidas las plantillas ortopédicas), con ajuste incluido, y dos pares de plantillas ortopédicas adicionales por año calendario. ○ Un par de zapatos de profundidad, incluyendo la adaptación y tres pares de insertos cada año (no incluye los insertos removibles no hechos a la medida provistos con dichos zapatos). <p>En algunos casos, pagaremos la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro.</p> <p>Este plan cubre únicamente tiras reactivas para medir la glucosa en sangre y glucómetros OneTouch® (fabricados por LifeScan, Inc.), ACCU-CHECK® (fabricados por Roche Diagnostics), PrecisionXtra® y Freestyle® (fabricados por Abbott).</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Capacitación, servicios y suministros para autocontrol de la diabetes (continuación)</p> <p>No cubriremos otras marcas, a menos que su proveedor nos indique que ello es necesario por motivos médicos.</p> <p>Los glucómetros se pueden comprar a través de un proveedor de equipo médico duradero (DME). Si compra un glucómetro en una farmacia minorista de la red o en nuestra farmacia de venta por correo, el artículo no estará cubierto.</p> <p>Las lancetas y las tiras reactivas para medir la glucosa en sangre se pueden comprar en una farmacia minorista de la red o en nuestra farmacia de venta por correo.</p> <p>Cubrimos hasta 100 tiras reactivas por mes. Cubrimos hasta 100 lancetas por mes.</p> <p>Este plan cubre un control de glucosa en sangre cada seis meses.</p> <p>Su proveedor debe obtener la aprobación del plan para que paguemos tiras reactivas o lancetas cuyo costo sea mayor que la suma detallada anteriormente o que no provengan de fabricantes aprobados.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Usted debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para conocer la definición de "equipo médico duradero (DME)", consulte el Capítulo 12 de este manual).</p> <p>Se cubren los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas. • Muletas. • Colchones eléctricos. • Suministros para diabéticos. • Camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar. • Bombas para infusión intravenosa (IV). • Dispositivos para generar el habla. • Equipos y suministros de oxígeno. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nebulizadores • Andadores. <p>Se pueden cubrir otros artículos.</p> <p>Cubriremos todos los DME necesarios por motivos médicos que suelen cubrir Medicare y Medi-Cal. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitar que se realice un pedido especial para usted.</p> <p><i>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</i></p>	



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia comprende servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Son necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor agudo o una lesión grave. La afección es tan grave que si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede prever que la afección podría conllevar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo grave para su salud o la de su hijo no nacido. • Un grave deterioro de las funciones corporales. • Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ No haya suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto. ○ El traslado a otro hospital puede poner en riesgo su salud o seguridad, o las del bebé no nacido. <p>Servicios de atención de emergencia y urgencia cubiertos en todo el mundo hasta un límite combinado de \$10,000 por año calendario.</p> <p>Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe cuidado de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y requiere cuidado en hospitalización después de estabilizada su emergencia, debe volver a un hospital de la red para que su cuidado siga siendo pagado. Puede permanecer en el hospital que no pertenece a la red para su atención como paciente internado solo si el plan aprueba su permanencia.</p>



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite escoger cualquier proveedor para determinados servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de planificación familiar y tratamiento médico. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico de planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (IUD, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parches o anillos). • Suministros de planificación familiar recetados (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón). • Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados. • Asesoramiento, análisis y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (STIs). • Asesoramiento y pruebas de VIH y SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • Anticoncepción permanente (Usted debe tener 21 años en adelante para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización, al menos, con 30 días de anticipación, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía). • Asesoramiento genético. <p>También pagaremos algunos otros servicios de planificación familiar. No obstante, debe consultar a un proveedor de la red de proveedores para recibir los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de afecciones médicas relacionadas con la infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Exámenes genéticos. <p><i>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Ofrecemos una variedad de programas especiales para determinados problemas de salud. Estas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases de educación para la salud. • Clases de educación nutricional. • Servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco. • Línea directa de información de enfermería <p>Los miembros pueden solicitar una cita para Evaluación integral de la salud en un Centro de atención de CareMore. Tal vez se apliquen limitaciones y reglas clínicas.</p> <p>Evaluación integral de la salud: La visita inicial para Evaluación integral de la salud es una característica importante de este plan, y se les sugiere a los miembros que programen una cita en nuestro Centro de atención de CareMore al momento de la inscripción. El programa proporciona un chequeo médico completo. Incluye análisis de sangre y otros análisis que usted puede necesitar para su afección y edad. Nos ayuda a identificar cualquier problema de salud, de modo que podamos ofrecerle las remisiones adecuadas y mantenerlo sano. Durante su cita, su proveedor de atención médica hablará con usted acerca de su salud y cualquier pregunta que usted tenga. Ellos revisarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una lista de sus medicamentos y resurtidos urgentes. - Los resultados de laboratorio en el lugar. - Las solicitudes de equipo médico duradero (DME) necesario. - Los suministros para diabetes (para miembros con diabetes). - El plan de atención personalizado. - La inscripción en programas de educación y atención crónica del plan. <p>Existe una cita gratuita adicional una vez al año para revisar algún cambio en su salud. Esto no reemplaza su chequeo regular anual. Es aparte de su chequeo anual, para que podamos estar al día con respecto a su salud.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación)</p> <p>Los resultados de su visita se utilizan para crear un plan de atención personalizado para usted. Los resultados y el plan de atención personalizado se le entregan a su médico, de modo que este pueda revisar los resultados con usted y ayudarlo durante el año. Comuníquese con el plan para obtener más información o para programar una cita.</p> <p>Nota: No se necesita autorización ni remisión para usar la Línea directa de enfermería.</p>	
<p>Servicios de audición</p> <p>Pagamos exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por su proveedor. Estos exámenes indicarán si necesita tratamiento médico. Los exámenes están cubiertos como atención para pacientes ambulatorios cuando los realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Si usted está embarazada o reside en un centro de enfermería, también pagaremos los audífonos, incluso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moldes, suministros y accesorios insertables. • Reparaciones que superen los \$25 cada una. • Un juego de pilas inicial. • Seis visitas para capacitación, ajustes y adaptación con el mismo proveedor después de obtener el audífono. • Alquiler de audífonos para período de prueba. • El beneficio auditivo complementario es un examen auditivo de rutina cada año calendario. <p>La asignación para audífonos de Medi-Cal está limitada a \$1,510, que incluyen impuesto sobre las ventas, por año fiscal (1 de julio al 30 de junio), e incluye moldes, suministros para modificación y accesorios. Este es un subsidio total para ambos oídos. Este límite del subsidio no se aplica si usted está embarazada o reside en un centro de enfermería.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Prueba de detección de VIH</p> <p>Pagamos un examen de detección de VIH cada 12 meses para las personas que reúnan las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitan un prueba de detección de VIH. • Tienen mayor riesgo de contraer una infección de VIH. <p>En el caso de mujeres embarazadas, pagamos hasta tres exámenes de detección de VIH durante el embarazo.</p>	<p>\$0</p>
	<p>Atención médica a domicilio</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios de atención médica a domicilio, un médico debe informarnos que usted los necesita; una agencia de atención médica a domicilio deberá brindárselos.</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializados y de auxiliar de salud en el hogar parciales o intermitentes (para ser cubiertos en virtud del beneficio de atención médica, sus servicios de enfermería especializados y de auxiliar de salud en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana.) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Usted debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro determinan que tiene un diagnóstico de enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que se espera que viva seis meses o menos. El médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>El plan pagará lo siguiente cuando reciba servicios en un centro de cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención médica a domicilio. <p>Los servicios del centro de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo. <p>Para servicios cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cubrirá servicios cubiertos por el plan no cubiertos por la Parte A o B de Medicare. El plan cubrirá los servicios ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación)</p> <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de Medicare de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los medicamentos nunca son cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. <p>Nota: Si usted necesita atención que no consiste en cuidados paliativos, debe llamar a su administrador de casos al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. para hacer los arreglos para los servicios. La atención que no consiste en cuidados paliativos es la que no está relacionada con su diagnóstico terminal. Nuestro plan cubre los servicios de consulta con centros de cuidados paliativos (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	<p>\$0</p>
<p> Vacunas</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vacuna contra la neumonía. Vacunas antigripales una vez por año en el otoño o el invierno. Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>Pagaremos otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6 para saber más.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención para pacientes hospitalizados</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es necesario por motivos médicos). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios. • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Aparatos, como sillas de ruedas. • Servicios de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados. • En determinados casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas/riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplante están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede recibir sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de atención de su comunidad, y usted elige realizar su trasplante en ese lugar, haremos arreglos o pagaremos por costos de alojamiento y transporte para usted y otra persona.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que se establezca la emergencia.</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluso almacenamiento y administración. • Servicios del médico. <p>No hay límite para la cantidad de días cubiertos por cada Internación. Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales de la red. Salvo en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Usted debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p> <p>Pagaremos los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si necesita servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente, pagaremos los primeros 190 días. Después, la agencia local de salud mental del condado pagará los servicios de psiquiatría para pacientes hospitalizados que sean necesarios por motivos médicos. La autorización para la atención que supere los 190 días se coordinará con la agencia local de salud mental del condado. <ul style="list-style-type: none"> ○ El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Si tiene 65 años o más, pagaremos los servicios que reciba en un Instituto de enfermedades mentales (IMD). <p>Salvo en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital.</p> <p><i>Es posible que se apliquen reglas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles.</i></p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si la hospitalización no es razonable y necesaria, no la pagaremos.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, pagaremos los servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro.</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico. • Exámenes de diagnóstico, como los análisis de laboratorio. • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reemplazan de manera total o parcial un órgano interno del cuerpo (incluso el tejido contiguo). ○ O reemplazan de manera total o parcial un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona. • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en la afección del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para la enfermedad renal</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe derivarlo. Cubriremos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicios, como se explica en el Capítulo 3. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si es ingresado en el hospital para recibir atención especial. • Capacitación en autodiálisis (incluye entrenamiento para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipo y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio, por ejemplo, las visitas necesarias de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua. <p>El beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte el apartado “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” de esta tabla.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Usted debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>LiveHealth Online</p> <p>LiveHealth Online proporciona acceso cómodo para interactuar con un médico certificado por la junta médica o un psicólogo o terapeuta autorizado, mediante video en vivo bidireccional en una computadora o dispositivo móvil (tableta o teléfono inteligente) usando una aplicación gratuita. Se puede acceder a esta visitando www.livehealthonline.com o descargando la aplicación móvil y registrándose.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haga clic en Sign Up (Registrarse) e ingrese la Clave de servicio CM1 al configurar su cuenta. • Una vez haya iniciado sesión, haga clic en LiveHealth Online Medical y LiveHealth Online Psychology para revisar los perfiles de médicos, psicólogos o terapeutas disponibles y seleccione al que le gustaría ver. • Para una visita médica, se le preguntará por su historial médico y usted puede seleccionar la farmacia que le gustaría usar si se necesita una receta. Después de responder esta información, será conectado con el médico que seleccionó en aproximadamente 10 minutos o menos. • Después de la evaluación, se desarrolla un plan de tratamiento, el cual puede incluir una receta del médico que es dirigida a una farmacia seleccionada. Los psicólogos y terapeutas en línea no pueden recetar medicamentos. <p>LiveHealth Online está disponible para ser usada de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un médico certificado por la junta médica estará rápidamente disponible para verlo cuando usted no pueda ver a su médico habitual para afecciones comunes, como: <ul style="list-style-type: none"> ○ Síntomas de resfriado e influenza tales como tos, fiebre y dolores de cabeza. ○ Alergias. ○ Infecciones de los senos nasales. ○ Bronquitis. ○ Infecciones del tracto urinario. • Un psicólogo o terapeuta autorizado estará disponible por cita para verlo cuando usted: <ul style="list-style-type: none"> ○ Se esté sintiendo estresado o preocupado. ○ O esté teniendo dificultades. 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará el examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si tiene entre 55 y 80 años. • Si tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado. • Si ha fumado al menos 1 paquete por día durante 30 años sin tener signos o síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después del primer examen de detección, el plan pagará otro examen de detección cada año con una solicitud escrita de un médico u otro proveedor calificado.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Usted debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Programa de comidas posterior a una hospitalización</p> <p>Cuando reciba el alta después de una hospitalización en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada, puede reunir los requisitos para recibir hasta 14 comidas nutritivas completamente preparadas (2 comidas por día durante 7 días) que serán enviadas a su domicilio por un proveedor del plan sin ningún costo. Luego del alta, un miembro de la administración de casos o del equipo de la clínica coordinarán su beneficio de comidas. La administración de casos o el equipo de la clínica pueden programar la entrega en función de sus necesidades de atención médica, su diagnóstico o las recomendaciones que hizo su proveedor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Requiere autorización previa y remisión.</i> 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no se someten a diálisis. También es para después de un trasplante de riñón, cuando es remitido por su médico.</p> <p>Pagaremos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare).</p> <p>Después, pagaremos dos horas de servicios de orientación individual cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar la remisión anualmente si su tratamiento es necesario dentro del próximo año calendario.</p> <p><i>Se requiere autorización de un enfermero o un administrador de casos de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.</i></p>	\$0
	<p>Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)</p> <p>El plan pagará los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarlo a promover una conducta saludable. Ofrece capacitación práctica en lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios alimenticios a largo plazo. • Aumento de la actividad física. • Maneras para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan pagará los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suele administrárselos usted mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes ambulatorios en un hospital o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico certifica que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse usted misma el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluidos heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea necesario por motivos médicos), anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>En el Capítulo 5, se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Y las reglas que debe seguir a fin de recibir cobertura para los medicamentos recetados.</p> <p>En el Capítulo 6, se explica lo que debe pagar por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios mediante nuestro plan.</p> <p><i>Su proveedor debe obtener aprobación del plan antes de que usted reciba ciertos medicamentos inyectables o de infusión. Llame al plan para saber qué medicamentos aplican. Esto se denomina "obtener autorización previa".</i></p>	
<p>Programa Multipropósito de Servicios para Personas de la Tercera Edad (MSSP)</p> <p>MSSP es un programa de administración de casos que proporciona Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) para personas elegibles para Medi-Cal.</p> <p>A fin de ser elegible, debe tener 65 años o más, vivir dentro del área de servicio del lugar, poder recibir los servicios dentro de los límites de costo del MSSP, ser apto para los servicios de administración de la atención, ser actualmente elegible para Medi-Cal y estar certificado, o contar con la posibilidad de estarlo, para un centro de enfermería.</p> <p>Los servicios del MSSP incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centros de apoyo/atención diurna para adultos. • Ayuda para la vivienda. • Asistencia para las tareas y el cuidado personal. • Supervisión de protección. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Programa Multipropósito de Servicios para Personas de la Tercera Edad (MSSP) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de la atención. • Cuidados paliativos. • Transporte. • Servicios de comidas. • Servicios sociales. • Servicios de comunicación. <p>Este beneficio está cubierto hasta \$4,285 por año. <i>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</i></p>	
<p>Transporte médico que no sea de emergencia</p> <p>Este beneficio proporciona el transporte que sea más económico y accesible. Puede incluir: servicios de transporte en ambulancia, camioneta para personas discapacitadas, silla de ruedas y la coordinación del transporte paramédico.</p> <p>Los medios de transporte se autorizan cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su afección médica o física no le permite viajar en autobús, vehículos particulares, taxis u otro medio de transporte público o privado. • Se requiere el transporte a fin de obtener la atención médica que necesita. <p>Es posible que se requiera una autorización previa, según el servicio.</p> <p>Cómo programar el transporte Para programar el transporte, llame al 1-888-325-1024 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Debe coordinar su transporte a través de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan y programar el transporte con no menos de 24 horas laborales antes de su cita médica.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Traslado médico que no sea de emergencia (continuación)</p> <p>A cada miembro se le permite un acompañante. Debe comunicarle al Departamento de Transporte por lo menos 24 horas laborales antes de la cita si llevará un acompañante. No se permiten animales, a menos que sean animales de servicio. Cuando programe su cita con los servicios de transporte de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, se le pedirá que confirme que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su viaje programado permite tiempo para que usted sea transportado hacia y desde su cita durante horas de transporte regulares normales: 9:00 a. m. a 4:00 p. m. de lunes a viernes (excepto los días feriados). • Usted puede ver el vehículo de transporte desde el edificio. • Su acompañante programado es mayor de 17 años. <p><i>Es posible que se requiera una autorización previa, según el servicio.</i></p>	
<p>Transporte no médico</p> <p>Este beneficio le permite contar con transporte hacia servicios médicos en auto de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público/privado si usted confirma que no hay disponibles otros recursos.</p> <p>Tendrá acceso ilimitado de ida y vuelta. En función del servicio, es posible que se requiera autorización previa.</p> <p>Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia.</p> <p>Requisitos de elegibilidad</p> <p>A fin de recibir servicios de transporte cubiertos, usted debe poder usar medios estándares de transporte, como autobuses, camionetas o taxis, y debe poder viajar con otras personas.</p> <p>Cómo programar el transporte</p> <p>Para programar el transporte, llame al 1-888-325-1024 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte no médico (continuación)</p> <p>Debe coordinar su transporte a través de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan y programar el transporte con no menos de 24 horas laborales antes de su cita médica.</p> <p>A cada miembro se le permite un acompañante. Debe comunicarle al Departamento de Transporte por lo menos 24 horas laborales antes de la cita si llevará un acompañante. No se permiten animales, a menos que sean animales de servicio.</p> <p>Cuando programe su cita con los servicios de transporte de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, se le pedirá que confirme que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su viaje programado permite tiempo para que usted sea transportado hacia y desde su cita durante horas de transporte regulares normales: de 9 a. m. a 4 p. m. de lunes a viernes (excluyendo los feriados). • Usted puede ver el vehículo de transporte desde el edificio. • Usted puede llegar desde el edificio y al vehículo de transporte sin asistencia. • Usted no tiene otra afección médica limitante que pueda restringir su capacidad para usar medios estándares de transporte, como autobuses, camionetas, taxis o viajar con otras personas. • Su acompañante programado es mayor de 17 años. <p>Política de cancelación</p> <p>Notifique a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan de cualquier cancelación 24 horas laborales antes de su viaje programado. Si necesita cancelar una cita de lunes, llame el viernes.</p> <p><i>Puede requerir remisión.</i></p>	

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería</p> <p>Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a las personas que no pueden vivir seguras en sus casas pero que no necesitan ser internadas en un hospital.</p> <p>Los servicios que pagaremos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le brindan como parte del plan de atención. (Esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluso almacenamiento y administración. • Suministros médicos y quirúrgicos que suelen brindar los centros de atención de enfermería. • Análisis de laboratorio que suelen brindar los centros de atención de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología que suelen brindar los centros de atención de enfermería. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que se suelen brindar en los centros de atención de enfermería. • Servicios de médicos o profesionales. • Equipo médico duradero. • Servicios odontológicos, incluidas dentaduras. • Beneficios de la vista. • Exámenes de audición. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica. • Servicios de podología. <p>Generalmente, recibirá su atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un asilo de ancianos o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería). • Un centro de atención de enfermería donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	
<p> Prueba de detección de obesidad y terapia para mantener el peso bajo</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagaremos el asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe obtener los servicios de asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa manera, se pueden administrar con su plan total de prevención. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre, incluso almacenamiento y administración. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos por los servicios necesarios por motivos médicos que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica mental, incluso la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría un tratamiento para pacientes hospitalizados sin esa atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Exámenes de detección preventivos y servicios listados en la Tabla de beneficios • Algunos medicamentos que no se pueden autoadministrar. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagaremos los servicios de salud mental proporcionados por las siguientes personas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un psiquiatra o médico con licencia estatal. • Un psicólogo clínico. • Un trabajador social clínico. • Un especialista en enfermería clínica. • Un profesional en enfermería. • Un auxiliar médico. • Cualquier otro profesional de atención de salud mental que cumpla con los requisitos de Medicare, de conformidad con las leyes estatales vigentes. <p>Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de clínica. • Tratamiento diurno. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación psicosocial. • Programas intensivos para pacientes ambulatorios/de hospitalización parcial. • Tratamiento y evaluación individual o grupal para salud mental. • Pruebas psicológicas cuando se indica clínicamente para evaluar un resultado de salud mental. • Servicios para pacientes ambulatorios con el fin de controlar el tratamiento con medicamentos. • Laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios. • Consulta psiquiátrica. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagaremos la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORFs) y otros centros.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección y asesoramiento por abuso de alcohol. • Tratamiento por abuso de drogas. • Asesoramiento grupal o individual a cargo de un especialista clínico calificado. • Desintoxicación subaguda en un programa de adicciones residencial. • Servicios para los problemas de consumo de alcohol o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • Tratamiento de naltrexona (vivitrol) de liberación prolongada. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagaremos la cirugía y los servicios para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio de hospital o en un centro comunitario de salud mental. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Con este servicio, puede evitar la necesidad de permanecer en el hospital.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de médicos o de proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o quirúrgicos necesarios por motivos médicos prestados en lugares como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultorio de un médico. ○ Centro quirúrgico ambulatorio certificado. ○ Departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. • Consulta a un especialista y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria o especialista, si su médico se lo indica para ver si necesita tratamiento. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos o de proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional para pacientes en áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Segunda opinión de otro proveedor de la red de servicios antes de un procedimiento médico. • Atención dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas. ○ Fijación de fracturas de mandíbula o huesos faciales. ○ Extracción de dientes antes de tratamientos de radiación por cáncer neoplásico. ○ Servicios que estarían cubiertos si los proporciona un médico. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de podología</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen afecciones que comprometen las piernas, como la diabetes. • La atención de rutina de los pies está cubierta hasta 12 visitas por año. • La remoción de callos no está cubierta. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años de edad o más, pagaremos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (PSA). 	\$0
	<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Aparatos protésicos que reemplazan la totalidad o una parte de una parte o función del cuerpo. Pagaremos los siguientes dispositivos protésicos y tal vez otros dispositivos que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de las colostomías. • Marcapasos. • Inmovilizadores. • Zapatos protésicos. • Brazos y piernas artificiales. • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). • Cremas y pañales para la incontinencia. <p>También pagaremos algunos suministros relacionados con los dispositivos protésicos. Además, pagaremos la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos.</p> <p>Ofrecemos cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas. Para obtener más detalles, consulte el apartado "Atención de la vista" que figura más adelante.</p> <p>No pagaremos dispositivos protésicos odontológicos.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Pagaremos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave. Usted debe obtener una remisión para rehabilitación pulmonar de un médico o proveedor que trate la EPOC.</p> <p>Pagaremos por servicios respiratorios para pacientes dependientes de ventilador.</p> <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	\$0
	<p>Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento</p> <p>Pagaremos los exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS. Un proveedor de atención primaria debe ordenar los exámenes. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También pagaremos hasta dos sesiones personales muy intensivas de asesoramiento conductual cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Cada sesión puede tener una duración de 20 a 30 minutos. Pagaremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las brinda un médico de atención primaria. Las sesiones se deben brindar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si se considera necesario por motivos médicos) • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre. • Sangre, incluso almacenamiento y administración. • Suministros médicos y quirúrgicos brindados por centros de atención de enfermería. • Análisis de laboratorio brindados por centros de atención de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología brindados por centros de atención de enfermería. • Aparatos, como sillas de ruedas, que suelen ser brindados por centros de atención de enfermería • Servicios de médicos o proveedores. <p>Generalmente, recibirá su atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un asilo de ancianos o una comunidad de atención continua para los jubilados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería) • Un centro de atención de enfermería donde su cónyuge vive en el momento en que usted se retira del hospital. <p><i>Pueden aplicarse reglas de autorización o remisión. Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia con actividad física supervisada (SET) El plan pagará la SET a los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) que tienen una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento para PAD. El plan pagará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un máximo de 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos para SET. • Un adicional de 36 sesiones si el proveedor de atención médica lo considera necesario por motivos médicos. <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar con sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento físico terapéutico para PAD para aquellos miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • Realizarse en un hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Ser administrado por personal calificado que se asegure de que el beneficio supere el daño y que esté capacitado en terapia de ejercitación para PAD. • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o profesional en enfermería/especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado. 	<p>\$0</p>
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia es atención que se brinda para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una situación que no sea de emergencia que requiere atención médica inmediata. • Una enfermedad médica repentina. • Una lesión. • Una afección que requiere atención de inmediato. <p>Si requiere atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no tenga acceso a un proveedor de la red.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de urgencia (continuación)</p> <p>Servicios de atención de emergencia y urgencia cubiertos en todo el mundo hasta un límite combinado de \$10,000 por año calendario. Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles.</p>	<p>\$0</p>
<p> Atención de la vista</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista de rutina cada año. • Asignación de hasta \$100 para anteojos (marcos y lentes) o asignación de hasta \$100 para lentes de contacto cada dos años. <p>Pagaremos los servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, esto incluye exámenes oculares anuales para retinopatía diabética para personas con diabetes y tratamiento para degeneración macular senil.</p> <p>Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, pagaremos un examen de detección de glaucoma por año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con antecedentes familiares de glaucoma. • Personas con diabetes. • Afroamericanos de 50 años de edad y mayores. • Estadounidenses de origen hispano de 65 años o más. <p>Pagaremos un solo par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico coloca una lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no obtuvo un par de anteojos después de la primera cirugía).</p> <p><i>Los servicios cubiertos por Medicare requieren autorización previa y remisión.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. La visita incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud. • Educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluso exámenes de detección y vacunas). • Remisiones para otro tipo de atención que pueda necesitar. <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, informe en el consultorio del médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



E. Beneficios cubiertos fuera de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Los siguientes servicios no están cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan pero están disponibles a través de Medicare o Medi-Cal.

E1. Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)

IHSS es un programa que le permite seleccionar su proveedor de atención en el hogar si usted no puede permanecer con seguridad en su hogar sin asistencia. Los servicios IHSS pueden incluir, entre otros, los siguientes: limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de alimentos, atención personal, acompañamiento a las citas médicas y otros servicios. Para calificar para los IHSS, debe ser mayor de 65 años, o estar ciego o discapacitado. En la mayoría de los casos, usted también debe tener ingresos por debajo del nivel para el programa complementario del estado/de ingresos de seguridad complementarios o cumplir con todos los requisitos de elegibilidad de ingresos de Medi-Cal.

Para obtener más información acerca de IHSS, llame al 408-792-1600 de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

E2. Transiciones a la comunidad de California (CCT)

El programa de Transiciones a la comunidad de California (CCT) utiliza organizaciones líderes locales para ayudar a beneficiarios de Medi-Cal elegibles que hayan vivido en un centro para pacientes hospitalizados durante, al menos, 90 días consecutivos y desean regresar a un entorno comunitario y permanecer allí de manera segura. El programa de CCT financia servicios de coordinación de transición durante el período anterior a la transición y durante 365 días después de la transición para ayudar a los beneficiarios con el regreso a un entorno comunitario.

Usted puede recibir servicios de coordinación de transición de cualquier organización líder de CCT que atienda en el condado en el que usted vive. Puede encontrar una lista de organizaciones líderes de CCT y los condados que atienden en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica en: <http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx>.

Para los servicios de coordinación de transición de CCT:

Medi-Cal pagará los servicios de coordinación de transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los servicios que no están relacionados con su transición de CCT:

El proveedor le facturará a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan por sus servicios. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan pagará por los servicios proporcionados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras esté recibiendo servicios de coordinación de transición de CCT, Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan pagará por los servicios que están incluidos en la Tabla de beneficios en la Sección D de este capítulo.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Ningún cambio en el beneficio de cobertura de medicamentos de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan:

El programa de CCT no cubre medicamentos. Usted continuará recibiendo su beneficio normal de medicamentos a través de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Nota: Si usted necesita atención de transición que no sea de CCT, debe llamar a su administrador de casos para hacer los arreglos para los servicios. La atención de transición que no sea de CCT es la atención que no está relacionada con su transición desde una institución o un centro.

E3. Programa odontológico de Medi-Cal

Ciertos servicios odontológicos están disponibles a través del Programa odontológico de Medi-Cal (Denti-Cal); por ejemplo, servicios como:

- Exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor.
- Restauraciones y coronas.
- Tratamiento de conducto.
- Ajustes, reparaciones y reposición de fundas de dentaduras postizas.

Los beneficios dentales están disponibles en Denti-Cal, plan de pago por servicio. Para obtener más información o si necesita ayuda para encontrar un odontólogo que acepte Denti-Cal, póngase en contacto con la línea de Servicio al cliente para beneficiarios de Denti-Cal al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del programa Denti-Cal están disponibles para ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. También puede visitar el sitio web de Denti-Cal en <https://www.denti-cal.ca.gov/> para obtener más información.

Además del plan de pago por servicio Denti-Cal, es posible que reciba beneficios dentales a través de un plan odontológico de atención médica administrada. Los planes odontológicos de atención médica administrada están disponibles en el condado de Los Angeles. Si desea más información sobre planes odontológicos, necesita asistencia para identificar su plan odontológico, o desea cambiar de plan odontológico, póngase en contacto con Health Care Options al 1-800-430-4263 (los usuarios de TDD deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita.

E4. Cuidados paliativos

Puede recibir atención de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro determinan que tiene un diagnóstico de enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que se espera que viva seis meses o menos. El médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Consulte la Tabla de beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información acerca de lo que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan paga mientras está recibiendo servicios de cuidados paliativos.

Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:

- El proveedor de cuidados paliativos le facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios de cuidado paliativo que estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal (excepto por atención de emergencia o atención necesitada con urgencia):

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

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de Medicare de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan:

- Los medicamentos nunca son cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Nota: Si usted necesita atención que no consiste en cuidados paliativos, debe llamar a su administrador de casos al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. para hacer los arreglos para los servicios. La atención que no es de hospicio es la que no está relacionada con su diagnóstico terminal.

F. Beneficios sin cobertura de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, Medicare o Medi-Cal

En esta sección, se describen los tipos de beneficios que excluye el plan. El término *excluir* significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco pagarán por ellos.

La lista detallada abajo describe algunos servicios y artículos que no cubrimos en ninguna circunstancia, y algunos otros que excluimos solo en determinados casos.

No pagaremos los beneficios médicos excluidos que se mencionan en esta sección (o en alguna otra parte de este *Manual del miembro*), salvo en las circunstancias determinadas que se indican. Si considera que debemos pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información acerca de presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

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

- Servicios que no se consideren “razonables ni necesarios por motivos médicos”, según las normas de Medicare y Medi-Cal, a menos que dichos servicios figuren en nuestro plan como servicios cubiertos.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Tratamientos quirúrgicos y médicos, y artículos y medicamentos experimentales, a menos que los cubra Medicare o un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte las páginas 51-52 del Capítulo 3. El tratamiento y los artículos experimentales son aquellos que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida, salvo cuando se considere necesario por motivos médicos y Medicare lo cubra.
- Habitación privada en un hospital, salvo cuando se considere necesario por motivos médicos.
- Personal de enfermería particular.
- Artículos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería, como un teléfono o televisor.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia.
- Procedimientos o servicios de mejora programados o voluntarios (incluidos bajar de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, antienviejecimiento y rendimiento mental), a menos que se consideren necesarios por motivos médicos.
- Cirugía estética u otro trabajo estético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, pagaremos la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para lograr simetría.
- Atención quiropráctica, que no sea manipulación manual de la columna, acorde a las pautas de cobertura.
- Atención de rutina de los pies, salvo según se describe en los servicios de podología, en la Tabla de beneficios, en la Sección D.
- Zapatos ortopédicos, a menos que formen parte de una pierna ortopédica y se incluyan en el costo de la pierna, o que los zapatos sean para una persona que padece pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, a excepción de zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
- Exámenes auditivos regulares, audífonos o exámenes para adaptar los audífonos.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para visión escasa.
- Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.
- Servicios de un naturoterapeuta (el uso de tratamientos naturales o alternativos).

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). No obstante, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido del VA es superior al costo compartido en virtud de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de sus montos de costo compartido.
- Servicios de salud del comportamiento para afecciones que el *Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales, Cuarta Edición*, identifique como problemas de relaciones, como asesoramiento de parejas y familiar para problemas de relaciones.



Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan

Introducción

Este capítulo detalla las reglas para obtener sus medicamentos recetados como paciente ambulatorio. Estos son medicamentos que su proveedor solicita para usted y que usted obtiene de una farmacia o a través del servicio de pedido por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medi-Cal. El Capítulo 6 le informa cuánto paga usted por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan también cubre los siguientes medicamentos, aunque no se analizarán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que recibe mientras está en un hospital o centro de atención de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, algunos medicamentos inyectables que le administran durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y los medicamentos que usted recibe en una clínica de diálisis. Para conocer más acerca de cuáles medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Reglas de la cobertura para medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

Generalmente, cubrimos los medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las reglas de esta sección.

1. Un médico u otro proveedor debe prescribir su receta. Esta persona, a menudo, es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor, en el caso de que su proveedor de atención primaria lo haya remitido para su atención.
2. Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados.
3. Su medicamento recetado debe aparecer en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla.
 - Si no está en la Lista de medicamentos, podemos cubrirlo haciendo una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9 para obtener más información acerca de cómo solicitar una excepción.
4. Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o es respaldado por ciertos libros de referencia. Una *indicación médicamente aceptada* se refiere al diagnóstico o la afección por la cual se está recetando

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



un medicamento, no a la dosis recetada para dicha indicación. El medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada que respalde el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión, o para mejorar la función del cuerpo (excepto las vacunas de la Parte D, que pueden ser usadas para la prevención de una afección).

Índice

A.	Cómo surtir sus recetas	109
A1.	Cómo surtir una receta en una farmacia de la red	109
A2.	Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta	109
A3.	Qué sucede si desea cambiar a otra farmacia de la red	109
A4.	Qué debe hacer si la farmacia ya no está en la red	109
A5.	Uso de una farmacia especializada	110
A6.	Utilizar servicios de pedido por correo para recibir sus medicamentos	110
A7.	Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	112
A8.	Uso de una farmacia que no está en la red del plan	112
A9.	Reembolso si usted paga un medicamento recetado	113
B.	La Lista de medicamentos del plan	113
B1.	Medicamentos de la lista de medicamentos	113
B2.	Cómo puede encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos	114
B3.	Medicamentos que no figuran en la Lista de medicamentos.....	114
B4.	Niveles de costo compartido de la Lista de medicamentos.....	115
C.	Límites para algunos medicamentos.....	115
D.	Motivos por los que su medicamento puede no estar cubierto	117
D1.	Un suministro temporal	117
E.	Cambios en la cobertura de sus medicamentos	119
F.	Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	121
F1.	Si se encuentra en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su hospitalización.....	121
F2.	Si se encuentra en un establecimiento de atención a largo plazo	121

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com. 107



- F3. Si se encuentra en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare 122
- G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos 122
 - G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura 122
 - G2. Programas que ayudan a los miembros a administrar sus medicamentos 123
 - G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar
de forma segura sus medicamentos opioides 123



A. Cómo surtir sus recetas

A1. Cómo surtir una receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagaremos los medicamentos recetados **solo** si se surten las recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado proporcionar los medicamentos recetados para los miembros de nuestro plan. Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o llamar a Servicios al Miembro.

A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta

Para surtir una receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos facturará nuestra parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Deberá pagar a la farmacia un copago cuando recoja su receta.

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro en el momento de obtener su medicamento recetado, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire. Puede solicitarnos posteriormente que le reembolsemos la parte que nos corresponde. Si no puede pagar el medicamento, póngase en contacto con Servicios al Miembro de inmediato. Haremos lo que podamos para ayudar.

- Para saber cómo solicitarnos que le paguemos, consulte el Capítulo 7.
- Si necesita ayuda para obtener un medicamento recetado, puede ponerse en contacto con Servicios al Miembro.

A3. Qué sucede si desea cambiar a otra farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita resurtir una receta, puede solicitar una nueva receta emitida por un proveedor o solicitar a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia.

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, puede ponerse en contacto con Servicios al Miembro.

A4. Qué debe hacer si la farmacia ya no está en la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o llamar a Servicios al Miembro.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



A5. Uso de una farmacia especializada

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como un asilo de ancianos.
 - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si es residente de un centro de atención de largo plazo, debemos asegurarnos de que reciba los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de atención a largo plazo, póngase en contacto con Servicios al Miembro.
- Farmacias que brinden servicios al Programa médico para la población indígena estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense (Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que proveen medicamentos que requieren manipulación e instrucciones especiales sobre su uso.

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o llamar a Servicios al Miembro.

A6. Utilizar servicios de pedido por correo para recibir sus medicamentos

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos disponibles a través de venta por correo son medicamentos que usted toma regularmente para una afección médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados en nuestra Lista de medicamentos como medicamentos de venta por correo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de hasta 93 días. Un suministro de 93 días tiene el mismo copago que uno de un mes.

Cómo surtir mis recetas por correo

Para recibir formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, póngase en contacto con Servicios al Miembro. O llame al departamento de Pedido por Correo de Express Scripts al 1-866-830-3883 (TTY 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana o visite www.expressscripts.com.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com. 110



Por lo general, un medicamento recetado de pedido por correo le llegará en el plazo de 14 días. Si su receta pedida por correo se retrasa por algún motivo, usted aún puede obtener su medicamento en la farmacia local de la red. Debe asegurarse de que tiene un suministro de medicamentos disponible a mano al usar servicios de farmacia de pedido por correo para resurtidos. En caso de que tenga un retraso o una necesidad urgente de un medicamento, puede estar disponible una receta de 30 días en la farmacia minorista para evitar quedarse sin medicamentos. Póngase en contacto con Servicios para los Miembros al 1-855-817-5785 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. si necesita asistencia.

Procesos del pedido por correo

El servicio de venta por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que obtiene de usted, las nuevas recetas que obtiene directamente de la consulta del proveedor y los resurtidos de recetas de venta por correo:

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de su parte

La farmacia obtendrá y entregará automáticamente los medicamentos correspondientes a las nuevas recetas que reciba de su parte.

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

La farmacia surtirá y enviará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar primero con usted si:

- Usó los servicios de venta por correo con este plan anteriormente.
- Usted se inscribió para el envío automático de todas las recetas nuevas que recibe directamente de los proveedores de atención médica. Puede pedir entrega automática de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento, poniéndose en contacto con el programa de Pedido por Correo de Express Scripts al 1-866-830-3883 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si usted recibe una receta automáticamente por correo que usted no desea y no lo contactaron para ver si usted la deseaba antes de que fuera enviada, usted puede ser elegible para un reembolso.

Si usted usó el pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia abastezca y envíe automáticamente cada nuevo medicamento, póngase en contacto con nosotros llamando al programa de Pedido por Correo de Express Scripts al 1-866-830-3883 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si nunca ha utilizado nuestro envío de venta por correo o decide detener el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de su proveedor de atención médica para ver si desea que el medicamento se surta y envíe inmediatamente.

- Esto le dará a usted una oportunidad para asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluso la concentración, cantidad y forma) y, de ser necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se lo facturen y envíen.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles qué hacer con la nueva receta, para evitar demoras en el envío.

Para excluirse de entregas automáticas de nuevos medicamentos recetados que recibió directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, póngase en contacto con el programa de Pedido por Correo de Express Scripts llamando al 1-866-830-3883 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

3. Resurtido de recetas para pedido por correo

Para resurtidos, póngase en contacto con su farmacia 30 días antes de que crea que los medicamentos que tiene a mano se agotarán con el fin de asegurarse de que su próximo pedido le sea enviado a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Póngase en contacto con el programa de Pedido por Correo de Express Scripts al 1-866-830-3883 (TTY 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana para informarles sus preferencias de comunicación.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada. Cuando recibe un suministro a largo plazo de medicamentos, su copago puede ser más bajo.

Algunas farmacias de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 93 días tiene el mismo copago que uno de un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias le pueden dar un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Para obtener más información, también puede llamar a Servicios al Miembro.

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios de pedido por correo de la red para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para obtener información acerca de los servicios de venta por correo.

A8. Uso de una farmacia que no está en la red del plan

Por lo general, pagamos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red solo si no puede utilizar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

Pagaremos los medicamentos recetados que se obtengan en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o de urgencia.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay una farmacia de la red dentro de distancias razonables en auto que proporcione servicio de 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado que no es almacenado regularmente en una farmacia minorista o de pedido por correo, accesible y de la red (incluso medicamentos de alto costo y únicos).
- Si está recibiendo una vacuna que es necesaria por motivos médicos pero que no está cubierta por la Parte B de Medicare.

En estos casos, primero, consulte con Servicios al Miembro para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.

A9. Reembolso si usted paga un medicamento recetado

Si usted debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar todo el costo en lugar de pagar un copago cuando obtenga su medicamento recetado. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo.

Para obtener más información sobre esto, consulte el Capítulo 7.

B. La Lista de medicamentos del plan

Contamos con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla.

Nosotros, junto con un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionamos los medicamentos de la Lista de medicamentos. En la Lista de medicamentos, también se indica si existen reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las reglas aquí detalladas.

B1. Medicamentos de la lista de medicamentos

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos según la Parte D de Medicare y algunos medicamentos y productos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por sus beneficios de Medi-Cal.

La Lista incluye tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente, funcionan tan bien como los medicamentos de marca y suelen costar menos.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos OTC. Algunos medicamentos OTC cuestan menos que los medicamentos recetados y actúan con la misma eficacia. Para obtener más información, póngase en contacto con Servicios al Miembro.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



B2. Cómo puede encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

Para averiguar si un medicamento que está tomando está en la Lista de medicamentos, usted puede hacer lo siguiente:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan en duals.anthem.com. La Lista de medicamentos en la página web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios al Miembro para saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

B3. Medicamentos que no figuran en la Lista de medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están incluidos en la Lista de medicamentos porque la ley no permite que el plan cubra esos medicamentos. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de medicamentos.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan no pagará por los medicamentos incluidos en esta sección. Se los llama **medicamentos excluidos**. Si recibe una receta para un medicamento excluido, debe pagarlo usted mismo. Si considera que debemos pagar por un medicamento excluido en su caso, puede presentar una apelación. (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9).

Estas son tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Part D de Medi-Cal) no puede cubrir un medicamento que ya estaría cubierto bajo la Parte A o Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos bajo la Parte A o Parte B de Medicare están cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan gratuitamente, pero no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia como tratamiento para su afección. Su médico puede recetarle un medicamento determinado para tratar su afección, aunque el medicamento no esté aprobado para tratar esa afección. Esto se denomina "uso no aprobado o fuera de lo indicado". Normalmente, nuestro plan no cubre medicamentos cuando son recetados para uso fuera de lo indicado.

Además, por ley, los tipos de medicamentos que se detallan más abajo no están cubiertos por Medicare ni Medi-Cal.

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®.
- Medicamentos ambulatorios cuando la compañía que elabora el medicamento afirma que debe realizarse análisis o servicios que solo ellos realizan.

B4. Niveles de costo compartido de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos está en uno de cuatro niveles de costo compartido. Un nivel es un grupo de medicamentos que son por lo general del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre [OTC]). En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar. Solo los medicamentos incluidos en el nivel 2 pueden tener un copago. Los niveles 1, 2, 3 y 4 incluyen medicamentos genéricos y de marca.

- Los medicamentos de nivel 1 son medicamentos genéricos y de marca preferidos de la Parte D de Medicare. El copago es \$0.
- Los medicamentos de nivel 2 son medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos de la Parte D de Medicare. El copago es de \$0 a \$8.50, en función de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 3 son medicamentos recetados de Medi-Cal genéricos y de marca no aprobados por Medicare y aprobados por el Estado. El copago es \$0.
- Los medicamentos de nivel 4 son medicamentos de venta libre (OTC) de Medi-Cal no aprobados por Medicare y aprobados por el Estado que requieren una receta de su proveedor. El copago es \$0.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en nuestra Lista de medicamentos.

El Capítulo 6 indica el monto que pagará por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. De modo general, nuestras reglas lo incentivan a obtener un medicamento que sea eficaz para su afección médica, además de seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y de bajo costo funciona tan bien como uno de mayor costo, esperamos que su proveedor use el medicamento de menor costo.

Si hay alguna regla especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor deba darnos su diagnóstico o proporcionar los resultados de los análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no debe aplicarse a su situación, debe pedirnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar que use el medicamento sin la necesidad de seguir los pasos adicionales o no.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Para saber más acerca de solicitar excepciones, consulte el capítulo 9.

1. Cómo limitar el uso de un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico. En la mayoría de los casos, si existe una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le entregarán la versión genérica.

- Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca cuando haya una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho el motivo médico por el que un medicamento genérico no funcionará para usted o ha escrito "Sin sustituciones" en su receta para un medicamento de marca o nos ha dicho el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, cubriremos el medicamento de marca.
- El copago que le corresponda pagar a usted puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan antes de surtir su receta. Si no obtiene aprobación, puede que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan no cubra el medicamento.

3. Cómo probar un medicamento diferente primero

En general, queremos que usted pruebe medicamentos de bajo costo (que a menudo son igual de eficaces) antes de cubrir los medicamentos que son más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, podemos requerir que pruebe el medicamento A primero.

Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B. Esto se denomina tratamiento escalonado.

4. Límites de cantidades

Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos. Esto se conoce como "límite de cantidad". Por ejemplo, podríamos limitar qué cantidad de un medicamento puede obtener cada vez que obtiene su medicamento recetado.

Para saber si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al Miembro o revise nuestro sitio web en duals.anthem.com.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



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

Nuestra intención es que la cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces, es posible que un medicamento no esté cubierto como usted desearía. Por ejemplo:

- El medicamento que quiere tomar no está cubierto por nuestro plan. El medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos. Tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos revisado para determinar la seguridad y eficacia.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican reglas o límites especiales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la sección anterior, para algunos de los medicamentos que cubre nuestro plan, se aplican reglas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o el recetador quieran solicitarnos una excepción a la regla.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma en que desearía que estuviera.

D1. Un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando este no esté en la Lista de medicamentos o cuando esté limitado de alguna forma. Esto le da tiempo para que hable con su proveedor sobre la posibilidad de recurrir a un medicamento diferente o de solicitarnos que cubramos el medicamento.

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

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - Ya no está en la Lista de medicamentos ○
 - Nunca estuvo en la Lista de medicamentos ○
 - Ahora está limitado en alguna forma.
2. Debe encontrarse en una de las situaciones siguientes:
 - Usted estaba en el plan el año pasado.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal será por hasta 31 días.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Si su receta fue emitida por menos días, permitiremos que le resurtan varias recetas hasta un máximo de 31 días de medicamento. Debe obtener el medicamento recetado en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento recetado en cantidades pequeñas por vez para evitar el uso indebido.
- Usted es nuevo en nuestro plan.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
 - Este suministro temporal será por hasta 31 días.
 - Si su receta fue emitida por menos días, permitiremos que le resurtan varias recetas hasta un máximo de 31 días de medicamento. Debe obtener el medicamento recetado en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento recetado en cantidades pequeñas por vez para evitar el uso indebido.
- Usted ha estado en el plan por más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente.
 - Cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta indica menos días. Esto es complementario al suministro temporal anterior.
 - Cubriremos un suministro temporal si usted ha estado en el plan por más de 90 días y experimenta un cambio en su nivel de atención que requiere que haga la transición de un instituto o centro de tratamiento a otro. Por ejemplo, digamos que fue dado de alta del hospital y le dieron una lista de medicamentos de alta basada en la lista de medicamentos del hospital. Puede recibir un surtido del medicamento por única vez. Pida a su recetador que nos llame para indicarnos los detalles.
 - Para obtener un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios al Miembro.

Cuando obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro. Estas son sus opciones:

- Puede cambiar a otro medicamento.

Puede haber otro medicamento que cubra nuestro plan y funcione para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que puede funcionar para usted.

O BIEN

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que realicemos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos. O puede pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarlo a solicitar la excepción.

Si un medicamento que está tomando se sacará de la Lista de medicamentos o se limitará de alguna manera en el año próximo, le permitiremos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Usted puede entonces pedirnos hacer una excepción y cubrir el medicamento en la forma que le gustaría que se cubriera el año siguiente.
- Nosotros responderemos a su solicitud de excepción dentro de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del recetador).

Para obtener más información acerca de cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede ponerse en contacto con Servicios al Miembro.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos tienen lugar el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas acerca de los medicamentos. Por ejemplo, podríamos hacer lo siguiente:

- Decidir solicitar o no la aprobación previa para un medicamento. (Aprobación previa es permiso de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan antes de poder recibir un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se denomina "límites de cantidad").
- Agregar o cambiar las restricciones de tratamientos escalonados en relación con un medicamento. (Tratamiento escalonado significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la Sección C más arriba en este capítulo.

Si toma un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- Aparezca un medicamento nuevo más barato que actúe de la misma forma que uno de la Lista de medicamentos o

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Descubramos que un medicamento no es seguro o
- Un medicamento sea retirado del mercado.

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

- Revisar la Lista de medicamentos actualizada en línea en duals.anthem.com.
- Llamar a Servicios al Miembro para consultar la Lista de medicamentos actual al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Algunos cambios a la Lista de medicamentos sucederán **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Está disponible un medicamento genérico nuevo.** En ocasiones, aparece un medicamento nuevo más barato que actúa de la misma forma que uno de la actual Lista de medicamentos. Cuando eso sucede, podemos eliminar el medicamento actual, pero su costo por el nuevo medicamento se mantendrá igual o será menor.

Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento actual en la lista pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Es posible que no le informemos antes de hacer ese cambio, pero luego le brindaremos información sobre el cambio o los cambios específicos que hemos realizado.
- Usted o su proveedor pueden pedir una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener más información acerca de las excepciones.
- **Un medicamento es retirado del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) informa que un medicamento que usted está tomando no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo haremos saber. Su proveedor también se enterará de este cambio. Puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para tratar su afección.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le comunicaremos con anticipación estos otros cambios a la Lista de medicamentos. Estos cambios podrían suceder si:

- La FDA proporciona una nueva guía o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado y
 - Sustituimos un medicamento de marca que actualmente se encuentra en la Lista de medicamentos o
 - Cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



- Agregamos un medicamento genérico y
 - Sustituimos un medicamento de marca que actualmente se encuentra en la Lista de medicamentos o
 - Cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios sucedan, le avisaremos al menos 30 días antes de aplicar el cambio en la Lista de medicamentos o cuando usted solicite un resurtido. Esto le dará tiempo para que hable con su médico u otro recetador. Ellos podrán ayudarlo a decidir si existe un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en lugar del primero o si debe solicitar una excepción. Entonces usted puede:

- Obtener un suministro del medicamento por 31 días antes de que se realice el cambio a la Lista de medicamentos.
- Pedir una “excepción” a estos cambios. Para saber más acerca de solicitar excepciones, consulte el capítulo 9.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si se encuentra en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su hospitalización

Si ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada para una hospitalización que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la hospitalización. No tendrá que pagar un copago. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras reglas para la cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que debe pagar, consulte el Capítulo 6.

F2. Si se encuentra en un establecimiento de atención a largo plazo

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como un asilo de ancianos) cuenta con su propia farmacia o una farmacia que provee medicamentos a todos los residentes. Si usted está viviendo en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados por medio de la farmacia del centro si es parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte de la red o si necesita más información, póngase en contacto con Servicios al Miembro.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



F3. Si se encuentra en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los medicamentos nunca son cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo.

- Si está inscrito para cuidados paliativos de Medicare y requiere un analgésico, un medicamento contra las náuseas, un laxante o un ansiolítico no cubierto por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir notificación de la persona que emitió la receta o de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento.
- Para evitar demoras para recibir un medicamento no relacionado que debería ser cubierto por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o al recetador que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado, antes de pedirle a la farmacia que le proporcione el medicamento.

Si abandona el centro de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir todos los medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, debe presentar la documentación en la farmacia para verificar que ya no se encuentre en el centro de cuidados paliativos. Consulte las partes anteriores de este capítulo que definen las reglas para obtener cobertura para los medicamentos de la Parte D.

Para conocer más acerca del beneficio de centro de cuidados paliativos, consulte el Capítulo 4.

G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura

Cada vez que usted surte una receta, buscamos posibles problemas, tales como errores en el medicamento o medicamentos que:

- Pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Pueden no ser seguros debido a su edad o sexo.
- Podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Están hechos con ingredientes a los que usted es alérgico.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos recetados, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com. 122



G2. Programas que ayudan a los miembros a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para diferentes afecciones médicas, puede reunir los requisitos para obtener servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de administración de tratamiento farmacológico (MTM). Este programa les ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de atención médica llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos y hablará con usted sobre los siguientes temas:

- Cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma.
- Cualquier inquietud que pueda tener, como costos de los medicamentos y reacciones a los medicamentos.
- La mejor manera de tomar los medicamentos.
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre su receta y los medicamentos de venta libre.

Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen comprende un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo los medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando.

Es una buena idea programar una revisión de medicamentos antes de su visita anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y la lista de medicamentos a su visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de salud. También lleve su lista de medicamentos si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Estos programas de administración del tratamiento farmacológico son voluntarios y gratuitos para los miembros que cumplan con los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en él y le enviaremos la información. Si no desea participar en el programa, avísenos y lo sacaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, póngase en contacto con Servicios al Miembro.

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan tiene un programa que puede ayudar a que los miembros usen con seguridad sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos que con frecuencia se usan en exceso. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y necesario por motivos médicos. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que usted está en riesgo de hacer un mal uso o un uso

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



excesivo de sus medicamentos opioides o con benzodiazepinas, podemos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas las recetas para dichos medicamentos **de una farmacia o de un médico**.
- **Limitar la cantidad** de dichos medicamentos que cubriremos para usted.

Si decidimos que una o más de las limitaciones se aplican a usted, le enviaremos una carta por adelantado. Esta carta explicará las limitaciones que consideramos que se deben aplicar.

Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si cree que cometimos un error, si no está de acuerdo con que está en riesgo por el uso excesivo de medicamentos con receta o no está de acuerdo con la limitación, usted y la persona que emite sus recetas pueden presentar una apelación. (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9).

El DMP puede no aplicarse en su caso si:

- Tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o
- Está recibiendo cuidados paliativos o
- Vive en un establecimiento de atención a largo plazo.



Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal

Introducción

En este capítulo, se indica lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a los siguientes:

- Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare o
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal o
- Medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para Medi-Cal, recibe “Ayuda adicional” de Medicare para ayudar

La ayuda adicional (**Extra Help**) es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La ayuda adicional también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS.”

a cubrir los costos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Para obtener más información sobre los medicamentos recetados, puede buscar en estos lugares:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - La denominamos la “Lista de medicamentos”. Allí se informa lo siguiente:
 - Qué medicamentos pagamos.
 - En cuál de los cuatro niveles de costos compartidos está cada medicamento
 - Si hay algún límite en los medicamentos.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios al Miembro. También puede obtener la Lista de medicamentos en nuestro sitio web duals.anthem.com. La Lista de medicamentos en la página web siempre es la más actualizada.
- Capítulo 5 de este *Manual del miembro*.
 - En el Capítulo 5, se indica cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Incluye las reglas que debe cumplir. También detalla qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red. Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de las farmacias de la red. Puede leer más acerca de las farmacias de la red en el Capítulo 5.

Índice

A. La <i>Explicación de beneficios</i> (EOB).....	127
B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos.....	127
C. Etapas de pago del medicamento para los medicamentos de la Parte D de Medicare.....	128
D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial	129
D1. Sus opciones de farmacia	129
D2. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo	130
D3. Lo que usted paga.....	130
D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial	132
E. Etapa 2: La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	132
F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes.....	132
G. Asistencia de costo compartido para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA	133
G1. Qué es el programa de asistencia de medicamentos para tratar el SIDA (ADAP).....	133
G2. Qué debe hacer si no está inscrito en el ADAP.....	133
G3. Qué debe hacer si ya está inscrito en el ADAP	133
H. Vacunas	133
H1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna	133
H2. Qué es lo que paga por una vacuna de la Parte D de Medicare.....	134



A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan hace un seguimiento de sus medicamentos recetados. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Los **costos que paga de su bolsillo**. Este es el monto de dinero que usted paga, u otra persona en su nombre, por sus medicamentos recetados.
- Los **costos totales de los medicamentos**. Este es el monto de dinero que usted paga, u otra persona en su nombre, por sus medicamentos recetados, más el monto que pagamos nosotros.

Cuando obtiene medicamentos recetados a través de nuestro plan, le enviamos un informe denominado *Explicación de beneficios*. Nosotros la denominamos EOB, para abreviarla. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información para el mes**. El informe indica qué medicamentos recetados recibió. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Información sobre el “Acumulado anual”**. Incluye sus costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1.º de enero.

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta en el total de los costos que paga de su bolsillo.
- También pagamos algunos medicamentos de venta libre. Usted no tiene que pagar nada por estos medicamentos.
- Para conocer qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de medicamentos.

B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa, utilizamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. A continuación, le explicamos cómo puede ayudarnos:

1. Use su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que obtenga un medicamento recetado. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos recetados obtiene y lo que paga por ellos.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Envíenos las copias de los recibos de los medicamentos que ha pagado. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



A continuación, le presentamos algunas situaciones en las que debe brindarnos las copias de sus recibos:

- Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por los medicamentos que recibe de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
- Cuando usted compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando usted paga el precio total de un medicamento cubierto.

Si desea obtener más información acerca de cómo solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento, consulte el Capítulo 7.

3. Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.

Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también se aplican al cálculo de los costos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para tratar el SIDA, el Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service) y la mayoría de las instituciones benéficas se aplican a los gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a cumplir con los requisitos para la cobertura en situaciones catastróficas. Cuando llega a la Etapa de cobertura catastrófica, Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D durante el resto del año.

4. Revise los informes que le enviamos.

Cuando recibe por correo una *Explicación de beneficios*, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si considera que el informe no es correcto o falta algún dato, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros. Asegúrese de guardar estos informes. Constituyen un registro importante sobre sus gastos de medicamentos.

C. Etapas de pago del medicamento para los medicamentos de la Parte D de Medicare

Existen dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare bajo Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. El monto que 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. Estas son las dos etapas:

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas
<p>Durante esta etapa, pagamos una parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte. La parte que le corresponde se denomina “copago”.</p> <p>Comienza en esta etapa cuando surte la primera receta del año.</p>	<p>Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2019.</p> <p>Comienza esta etapa cuando ha pagado cierto monto de los costos que paga de su bolsillo.</p>

D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte. La parte que le corresponde se denomina copago. El copago depende del nivel de costo compartido en que se encuentre el medicamento y dónde lo obtuvo.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de cuatro niveles de costo compartido. En general, mientras mayor sea el número del nivel, mayor será el copago. Para conocer los niveles de costo compartido correspondientes a sus medicamentos, puede buscar en la Lista de medicamentos.

- Los medicamentos de nivel 1 son medicamentos genéricos y de marca preferidos de la Parte D de Medicare. El copago es \$0.
- Los medicamentos de nivel 2 son medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos de la Parte D de Medicare. El copago es de \$0 a \$8.50, en función de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 3 son medicamentos recetados de Medi-Cal genéricos y de marca no aprobados por Medicare y aprobados por el Estado. Tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos de nivel 4 son medicamentos de venta libre (OTC) de Medi-Cal no aprobados por Medicare y aprobados por el Estado que requieren una receta de su proveedor. Tienen un copago de \$0 con una receta de su proveedor.

D1. Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según si obtiene el medicamento de las siguientes farmacias:

- Una farmacia de la red o
- Una farmacia fuera de la red.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para saber cuándo lo haremos.

Para obtener más información acerca de estas opciones de farmacia, consulte el Capítulo 5 de este manual y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D2. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento recetado. Un suministro a largo plazo es un suministro de 93 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo, consulte el Capítulo 5 o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

D3. Lo que usted paga

Durante la Etapa de cobertura inicial, es posible que deba pagar un copago cada vez que obtenga un medicamento recetado. Si el costo del medicamento cubierto es menor que el copago, usted pagará el precio inferior.

Puede ponerse en contacto con Servicios al Miembro para saber cuánto es el copago para cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo al recibir un suministro de un medicamento recetado cubierto para un mes o a largo plazo de:

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o 93 días como máximo	El servicio de venta por correo del plan Un suministro para un mes o 93 días como máximo	Una farmacia de la red para atención a largo plazo Un suministro para 31 días como máximo.	Una farmacia fuera de la red Un suministro para 10 días como máximo. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.
Distribución de costos Nivel 1 (Medicamentos preferidos genéricos y de marca de la Parte D de Medicare)	\$0	\$0	\$0	Llame a Servicios al Miembro para recibir ayuda.
Distribución de costos Nivel 2 (Medicamentos preferidos y no preferidos de marca y genéricos de la Parte D)	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.25/\$3.40 Medicamentos de marca: \$0/\$3.80/\$8.50 (según su nivel de Ayuda adicional)	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.25/\$3.40 Medicamentos de marca: \$0/\$3.80/\$8.50 (según su nivel de Ayuda adicional)	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.25/\$3.40 Medicamentos de marca: \$0/\$3.80/\$8.50 (según su nivel de Ayuda adicional)	Llame a Servicios al Miembro para recibir ayuda.
Distribución de costos Nivel 3 (Medicamentos recetados genéricos y de marca no aprobados por Medicare y aprobados por Medi-Cal [estado])	\$0 (hasta 31 días)	No disponible para medicamentos de este nivel	\$0 (hasta 31 días)	Llame a Servicios al Miembro para recibir ayuda.
Distribución de costos Nivel 4 (Medicamentos de venta libre (OTC) no aprobados por Medicare y aprobados por Medi-Cal, que requieren una receta de su proveedor)	\$0 (hasta 31 días)	No disponible para medicamentos de este nivel	\$0 (hasta 31 días)	Llame a Servicios al Miembro para recibir ayuda.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Para obtener información sobre qué farmacias pueden dar suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial

La Etapa de cobertura inicial termina cuando los costos totales de su bolsillo alcanzan \$5,100. En ese punto comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos los costos de los medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

La *Explicación de beneficios* lo ayudará a llevar un registro de lo que usted ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si llega al límite de \$5,100. Muchas personas no llegan al límite en un año.

E. Etapa 2: La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Cuando alcanza el límite de costos de bolsillo de \$5,100 por sus medicamentos recetados, comienza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos de Medicare.

F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes

Por lo general, usted paga un copago para cubrir el suministro de un medicamento cubierto para un mes completo. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes.

- Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios graves).
- Si su médico está de acuerdo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

Si obtiene una cantidad de medicamento menor al suministro para un mes, el copago dependerá de la cantidad de días del medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

- Este es un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es \$1.25. Esto significa que la cantidad que paga por su medicamento es un poco más de \$0.04 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será un poco más de \$0.04 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de \$0.29.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro para menos de un mes completo de un medicamento, si esto le ayudará

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



a planificar mejor cuando tenga que repetir el surtido y para no tener que ir tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

G. Asistencia de costo compartido para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA

G1. Qué es el programa de asistencia de medicamentos para tratar el SIDA (ADAP)

El programa de asistencia de medicamentos para tratar el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para pacientes ambulatorios que también están cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados a través la Oficina del SIDA para personas inscritas en el ADAP del Departamento de Salud Pública de California.

G2. Qué debe hacer si no está inscrito en el ADAP

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050 o ingrese en el sitio web del ADAP en https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. Qué debe hacer si ya está inscrito en el ADAP

El programa ADAP puede continuar brindando a sus clientes la asistencia del costo compartido para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos que figuran en el Formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripciones del ADAP de su área sobre cualquier cambio en el número de póliza o el nombre del plan de la Parte D de Medicare. Si necesita asistencia para encontrar el sitio de inscripción o al encargado de inscripciones del ADAP más cercano, llame al 1-844-421-7050 o ingrese en el sitio web que aparece arriba.

H. Vacunas

Cubrimos las vacunas de la Parte D de Medicare. Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare:

1. La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. Por ejemplo, es posible que, algunas veces, su médico le administre la vacuna.

H1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que nos llame primero a Servicios al Miembro cuando esté planeando vacunarse.

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle la parte que le corresponde del costo.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos usando proveedores y farmacias de nuestra red. Las farmacias de la red son las farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. Un proveedor de la red debe trabajar con Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan para garantizar que no tenga costos iniciales para una vacuna de la Parte D.

H2. Qué es lo que paga por una vacuna de la Parte D de Medicare

El monto que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para qué se la administran).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas se cubren sin costo alguno para usted. Para conocer acerca de la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Es posible que deba pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare.

A continuación, le indicamos tres formas comunes de cómo puede recibir una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia de la red y se la administran en la farmacia.
 - Usted no pagará nada por la vacuna.
2. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico, quien le administra la vacuna.
 - Usted no le pagará nada al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan pagará el costo de la administración de la vacuna.
 - El consultorio del médico debe llamar a nuestro plan, en esta situación, de modo que podamos asegurarnos de que ellos sepan que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.
3. Usted compra la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que se la administre.
 - Usted no pagará nada por la vacuna.
 - Nuestro plan pagará el costo de la administración de la vacuna.



Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le explica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitarnos el pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Cómo puede solicitarnos que paguemos los servicios o medicamentos	136
B. Cómo enviar una solicitud de pago	138
C. Decisiones de cobertura.....	138
D. Apelaciones.....	139

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com. 135



A. Cómo puede solicitarnos que paguemos los servicios o medicamentos

Los proveedores de nuestra red deben facturarle directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos que usted ya recibió. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico.

Si recibe una factura por el costo total de atención médica o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, vea la página 138.

- Si los medicamentos o servicios están cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó un monto mayor al de su parte del costo, tiene derecho a que le reembolsen el pago.
- Si los medicamentos o servicios **no** están cubiertos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios al Miembro o su administrador de casos si tiene alguna pregunta. Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que ha recibido:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o necesaria de forma urgente brindada por un proveedor fuera de la red

Debe pedirle al proveedor que nos facture.

- Si paga usted el monto completo al momento de recibir la atención médica, debe pedirnos que le reembolsemos. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado.
 - Si se le debe pagar al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado el servicio, le haremos el reembolso a usted.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado. Una facturación inadecuada/inapropiada es una situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a usted más que el monto del costo compartido del plan por los servicios. **Llame a Servicios al Miembro si usted recibe alguna factura.**

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



- Debido a que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan paga el costo completo de sus servicios, usted no es responsable del pago de ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios. Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.
- Si usted ya ha pagado una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura junto con pruebas de cualquier pago que haya hecho. Le reembolsaremos el dinero.

3. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si utiliza una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total del medicamento recetado.

- Solo en algunos casos, cubriremos los medicamentos recetados que obtiene en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso de nuestra parte del costo.
- Consulte el Capítulo 5 para saber más acerca de farmacias fuera de la red.

4. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento recetado porque no lleva con usted su tarjeta de identificación de miembro

Si no lleva con usted su tarjeta de identificación de miembro, puede pedirle a la farmacia que nos llame o busque la información de inscripción del plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento recetado.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso de nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado que no está cubierto

Usted puede pagar el costo total del medicamento recetado porque el medicamento no tiene cobertura.

- El medicamento puede no estar en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o no pensaba que se aplicaría a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar su costo total.
 - Si no paga el medicamento, pero considera que debe estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9).
 - Si usted, su médico u otro recetador considera que usted necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión rápida de cobertura (consulte el Capítulo 9).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, podemos necesitar obtener más información de su médico u otra persona que emita las recetas con el fin de reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben ser cubiertos. A esto se lo denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe ser cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, podrá apelar nuestra decisión.

Para saber más sobre cómo realizar una apelación, consulte el Capítulo 9.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.**

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Part D Claims	Part C Claims
Express Scripts	MMP Claims Services
P.O. Box 14711	PO Box 366
Lexington, KY 40512	Artesia, CA 90702-0366

También puede llamarnos para solicitar pago. Llame a Servicios al Miembro al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Debe presentarnos su reclamo dentro de 365 días de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si su atención médica o medicamento está cubierto por nuestro plan. También decidiremos el monto, si lo hubiera, que usted deberá pagar por la atención médica o el medicamento.

- Le informaremos si necesitamos información adicional de usted.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las reglas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

En el Capítulo 3, se explican las reglas para tener sus servicios cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas para tener cubiertos sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta en la que se le explicará la razón. La carta también le explicará sus derechos para presentar una apelación.
- Para conocer más acerca de las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

D. Apelaciones

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama "presentar una apelación". También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que debe pagar.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para conocer más acerca de las apelaciones, consulte el capítulo 9.

- Si quiere presentar una apelación para recibir un reembolso por un servicio de atención médica, vaya a la página 171.
- Si quiere presentar una apelación para recibir un reembolso por un medicamento, vaya a la página 171.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y obligaciones como miembro de nuestro plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Su derecho a recibir información de una manera que satisfaga sus necesidades	142
B. Nuestra responsabilidad es tratarlo con respeto, imparcialidad y dignidad en todo momento	144
C. Nuestra responsabilidad es asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	145
D. Nuestra responsabilidad es proteger su información personal de salud (PHI)	146
D1. Cómo protegemos su PHI	146
D2. Usted tiene derecho a ver su historia clínica	147
E. Nuestra responsabilidad es proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos	151
F. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente	152
G. Su derecho a abandonar nuestro Cal MediConnect Plan	152
H. Su derecho a tomar decisiones acerca de su atención médica	152
H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones sobre su atención médica	152
H2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por usted mismo	153
H3. Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones	154

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com. 140



- I. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado..... 154
 - I1. Qué debe hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que no se respetan sus derechos 154
 - I2. Cómo obtener más información sobre sus derechos 155
- J. Sus responsabilidades como miembro del plan..... 155



A. Su derecho a recibir información de una manera que satisfaga sus necesidades

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. You can call Member Services and ask to have materials sent to you in Spanish, Chinese, Vietnamese, and Tagalog. You can request to have health plan information sent to you in your language or in other formats. You can make a standing request to get this and future information for free in other languages and formats. Call 1-855-817-5785 (TTY 711), Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.
- If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, seven days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. You can make a complaint about Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan to the Cal MediConnect Ombuds program by calling 1-855-501-3077 (TTY 711).

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que se encuentre en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a los Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. Puede llamar a Servicios para los Miembros y pedir que los materiales le sean enviados en español, chino, vietnamita y tagalo. Puede solicitar que le envíen información del plan de salud en su idioma o en otros formatos. Puede realizar una solicitud periódica para obtener esta información e información futura, gratis, en otros idiomas y formatos. Llame al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.
- Si tiene problemas para recibir información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar un reclamo, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede hacer un reclamo acerca de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ante el Cal MediConnect Ombuds Program llamando al 1-855-501-3077 (TTY 711).

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



我們必須以您能夠了解的方式告知您本計畫的福利以及您的權利。在您加入本計畫期間，我們必須每年均將您的權利告知您。

- 如欲以您能夠了解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計畫有精通不同語言的人員可以為您解答疑問。
- 本計畫也給予您英語以外的語言和大型字體印刷、點字或音訊格式的資料。您可致電會員服務部並要求向您寄發西班牙文、中文、越南文和菲律賓文形式的材料。您可要求向您寄發以您的格式或以其他格式寫成的健康計劃資訊。您可以提出長期有效的要求，以其他語言和格式免費取得目前和未來的資訊。致電 **1-855-817-5785**（聽力障礙電傳 (TTY) 711），週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。
- 如果您因為語言問題或某種殘障而難以從我們的計劃獲得資訊，並且您希望提交投訴，請致電 Medicare 的電話 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。您每週七天，每天 24 小時均可以致電。TTY 人士應致電 **1-877-486-2048**。您可致電 **1-855-501-3077 (TTY 711)** 向 Cal MediConnect Ombuds program 提出有關 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的投訴。

Chúng tôi phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để được nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, xin gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên. Chương trình của chúng tôi bao gồm những người có thể trả lời thắc mắc bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh cũng như bằng các định dạng như bản in chữ lớn, chữ nổi Braille hoặc bản âm thanh. Quý vị có thể gọi Member Service và yêu cầu gửi thông tin này cho quý vị bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung, tiếng Việt và tiếng Tagalog. Quý vị có thể yêu cầu gửi thông tin về chương trình sức khỏe cho quý vị bằng ngôn ngữ của quý vị hoặc định dạng khác. Quý vị có thể đưa ra yêu cầu thường trực để nhận thông tin này và sau này miễn phí bằng các ngôn ngữ và định dạng khác. Gọi **1-855-817-5785 (TTY 711)**, Thứ Hai - Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng - 8 giờ tối. Cuộc gọi này được miễn cước.
- Nếu quý vị đang gặp rắc rối trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề liên quan đến ngôn ngữ hoặc khuyết tật và quý vị muốn đệ đơn khiếu nại, hãy gọi cho Medicare theo số **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Quý vị có thể gọi 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi số **1-877-486-2048**. Quý vị có thể khiếu nại về Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cho Chương trình Cal MediConnect Ombuds bằng cách gọi số **1-855-501-3077 (TTY 711)**.

Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plan at ang iyong mga karapatan sa paraang mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taon na kabilang ka sa aming plan.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Para makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tumawag sa mga Serbisyo sa Miyembro. May mga tauhan ang aming plan na makakasagot sa mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari ka ring bigyan ng aming plan ng mga materyales na nasa iba't ibang wika maliban sa Ingles at sa mga anyo na tulad ng malaking titik, braille, o audio. Maaari kang tumawag sa mga Serbisyo sa Miyembro at humiling na ipadala ang mga materyales sa iyo sa wikang Spanish, Chinese, Vietnamese, at Tagalog. Maaari mong hilingin na maipadala sa iyo ang impormasyon ng health plan sa iyong wika o sa iba pang mga anyo. Maaari kang gumawa ng umiiral na kahilingan para makuha mo ito at impormasyon sa hinaharap nang libre sa ibang wika at mga anyo. Tumawag sa Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY 711) Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. oras sa Pasipiko.
- Kung nagkakaproblema ka sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plan nang dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 na oras kada araw, pitong araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari mong ireklamo ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa Cal MediConnect Ombuds Program sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-501-3077 (TTY 711).

B. Nuestra responsabilidad es tratarlo con respeto, imparcialidad y dignidad en todo momento

Debemos cumplir con las leyes que le protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** a miembros por ninguno de los siguientes motivos:

- Edad
- Apelaciones
- Conducta
- Experiencia en reclamos
- Origen étnico
- Evidencia de asegurabilidad
- Identidad de género
- Información genética
- Ubicación geográfica dentro del área de servicio
- Estado de salud
- Antecedentes médicos
- Capacidad mental
- Discapacidad física o mental
- Nacionalidad
- Raza
- Recepción de atención médica
- Religión
- Sexo
- Orientación sexual
- Uso de servicios

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Según las reglas del plan, usted tiene derecho a no ser sometido a ningún tipo de restricción o reclusión física que pueda ser utilizada como medio de coacción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.

No podemos negarle servicios ni castigarlo por ejercer sus derechos.

- Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697). También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.
- También puede llamar a la Oficina local de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-537-7697.
- Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención o comunicarse con un proveedor, llame a Servicios al Miembro. Si usted tiene un reclamo, como un problema de acceso para sillas de ruedas, en Servicios al Miembro pueden ayudarle.

C. Nuestra responsabilidad es asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Si no puede recibir servicios dentro de un tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red. Como miembro de nuestro plan:

- Tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) en nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información acerca de cómo elegir un PCP en el Capítulo 3.
 - Llame a los Servicios al Miembro o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Las mujeres tienen derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin necesidad de obtener una remisión. Una remisión es una aprobación de su PCP para ver a un especialista o un proveedor que no sea su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas.
- Usted tiene derecho a recibir servicios o atención de emergencia que necesite de manera urgente sin una aprobación previa.
- Usted tiene derecho a obtener sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de la red, sin demoras prolongadas.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.
- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, tiene derecho a mantener sus proveedores actuales y autorizaciones de servicio hasta 12 meses si se cumplen ciertas condiciones. Para saber más sobre cómo mantener sus proveedores y autorizaciones de servicio, consulte el Capítulo 1.
- Tiene derecho a autodirigir su atención médica con ayuda de su equipo médico y el administrador de casos.

En el Capítulo 9, se describe lo que puede hacer si piensa que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. En el Capítulo 9, se describe lo que puede hacer si le hemos negado la cobertura para sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con la decisión.

D. Nuestra responsabilidad es proteger su información personal de salud (PHI)

Protegemos su información personal de salud (PHI) según lo exigido por las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos suministró cuando se inscribió en este plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le enviamos un aviso por escrito, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica también cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama “Aviso sobre prácticas de privacidad”.

D1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguraremos de que ninguna persona no autorizada vea o modifique sus registros.

En la mayoría de los casos, no le proporcionamos su PHI a ninguna persona que no le brinda atención médica ni paga los costos de su atención. Si lo hacemos, debemos obtener un permiso por escrito de su parte primero. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien que tenga el poder legal para tomar decisiones en su nombre.

Hay ciertos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.

- Debemos divulgar PHI a agencias del gobierno que controlan la calidad de nuestra atención.
- Debemos divulgar PHI si un tribunal lo solicita.
- Debemos proporcionarle a Medicare su PHI. Si Medicare divulga su PHI con fines de investigación o para otros usos, se hará de conformidad con las leyes federales. Si Medi-Cal divulga su información con fines de investigación o para otros usos, lo hará de conformidad con las leyes federales y estatales.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



D2. Usted tiene derecho a ver su historia clínica

- Usted tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias de sus registros médicos.
- Usted tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.
- Usted tiene derecho a saber si se ha compartido su PHI con otras personas y la manera en que se hizo.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a los Servicios al Miembro.

Lea este aviso detenidamente. Aquí se le indicará quién puede ver su información de salud protegida (PHI). Cuándo tenemos que pedirle su autorización antes de compartirla. Cuándo podemos compartirla sin su consentimiento. Y también, qué derechos tiene usted para ver y cambiar su información.

La información sobre su salud y su dinero es privada. La ley establece que debemos mantener este tipo de información, llamada PHI, protegida para nuestros miembros. Eso significa que, si usted es miembro en este momento o si lo fue, su información está segura.

Obtenemos información suya de agencias estatales para Medi-Cal y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) después de que sea elegible y se inscriba en nuestro plan de salud. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales para que podamos aprobar y pagar su atención médica.

La legislación federal establece que debemos informarle lo que la ley nos obliga a hacer para proteger la PHI que se nos ha brindado, está por escrito o almacenada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la protegemos. Para proteger la PHI:

- En papel (física):
 - Mantenemos bajo llave nuestras oficinas y nuestros archivos.
 - Destruimos el papel con información de salud para que nadie acceda a ella.
- Almacenada en una computadora (técnica):
 - Usamos contraseñas de forma que solo las personas autorizadas puedan acceder.
 - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas.
- Usada o compartida por el personal que trabaja para nosotros, los médicos o el estado:
 - Implementamos reglas para mantener la información segura (llamadas "políticas y procedimientos").
 - Enseñamos a las personas que trabajan con nosotros a seguir las reglas.

¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted elija, que le ayude con su atención médica o la pague, si usted nos autoriza. A veces, podemos usarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su atención médica**

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Para ayudar a que los médicos, hospitales y otros le brinden la atención que necesita.
- **Para pagos, tratamientos y operaciones de atención médica**
 - Para compartir la información con los médicos, las clínicas y otros que nos facturen por su atención.
 - Cuando decimos que pagaremos la atención médica o los servicios antes de que los reciba.
- **Por razones relacionadas con la industria de la atención médica**
 - Para colaborar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y trabajo diario.
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas.
- **Por razones de salud pública**
 - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a impedir que las personas se enfermen o lastimen.
- **Con otras personas que ayuden con su atención médica o la paguen**
 - Con su familia o una persona que usted elija que lo ayude con su atención médica o la pague, si usted nos autoriza.
 - Con una persona que lo ayude con su atención médica o la pague, si usted no puede expresarse por sí mismo y si es lo mejor para usted.

Debemos obtener su consentimiento por escrito antes de usar o compartir su PHI por cualquier motivo que no sea su atención médica, pagos, actividades diarias, investigación u otros aspectos que se indican a continuación. Tenemos que obtener su consentimiento por escrito antes de compartir información de psicoterapia sobre usted obtenida de su médico.

Usted debe informarnos por escrito que quiere revocar su consentimiento por escrito. No podemos recuperar la información ya usada o divulgada cuando obtuvimos su consentimiento. Pero dejaremos de usar o compartir su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos usar su PHI, o en que la ley nos obliga a hacerlo:

- Para ayudar a la policía y demás personas que garanticen el cumplimiento de la ley.
- Para reportar abuso y descuido.
- Para colaborar con los tribunales cuando se solicite.
- Para responder ante documentos legales.
- Para dar información a los organismos de supervisión sanitaria por temas como auditorías o exámenes.
- Para informar a médicos forenses, examinadores médicos o directores funerarios su nombre y la causa de muerte.
- Para ayudar cuando usted ha pedido donar sus órganos a la ciencia.
- Para investigación.
- Para evitar que usted u otros se enfermen o lesionen gravemente.
- Para ayudar a las personas que cumplen determinadas funciones en el gobierno.
- Para entregar información pertinente a la compensación laboral si usted se enferma o se lesiona en el trabajo.

¿Cuáles son sus derechos?

- Puede pedir consultar su PHI y obtener una copia de dicha información. No obstante, no tenemos su historia clínica completa. **Si quiere una copia de su historia clínica completa, pídsela a su médico o clínica médica.**

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



- Puede pedirnos que cambiemos la historia clínica que tenemos si piensa que algo es incorrecto o que falta información.
- A veces, nos puede pedir que no divulguemos su PHI. Pero no estamos obligados a dar lugar a su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente de la que tenemos para usted o de alguna otra forma. Podemos hacer esto si enviarla a la dirección que tenemos puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos de todas las veces que hemos divulgado su PHI a otra persona, en los últimos seis años. Esto no abarcará las veces que la hayamos compartido debido a atención médica, pago, actividades diarias de atención médica o algunas otras razones que no mencionamos aquí.
- Puede pedir una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, aunque lo haga por correo electrónico.
- Si paga la factura completa de un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta la información acerca de ese servicio con nosotros.

¿Qué tenemos que hacer?

- La ley establece que debemos mantener la privacidad de su PHI, excepto en los casos que indicamos en este aviso.
- Debemos informarle lo que la ley dice que tenemos que hacer acerca de la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en esta notificación.
- Debemos enviarle su PHI a alguna otra dirección o enviarla por otro medio diferente del correo regular si usted lo pide por motivos razonables; por ejemplo, si usted está en peligro.
- Debemos informarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos haya pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes estatales establecen que tenemos que hacer más de lo aquí señalado, obedeceremos dichas leyes.
- Tenemos que avisarle si creemos que se ha violado su PHI.

Podemos ponernos en contacto con usted

Nosotros, junto con nuestros socios o proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial. Lo hacemos únicamente siguiendo los lineamientos de la Ley estadounidense de protección al usuario de servicios telefónicos (TCPA). Las llamadas podrían ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios de salud. Si no quiere que lo contactemos por teléfono, dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio. También puede llamar al 1-844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de "No llamar".

¿Qué debe hacer si tiene preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre nuestras reglas de privacidad o desea ejercer sus derechos, llame a Servicios al Miembro al 1-855-817-5785. Si tiene sordera o dificultad auditiva, llame al TTY 711.

¿Qué debe hacer si tiene un reclamo?

Estamos para ayudarle. Si piensa que no se ha conservado la seguridad de su PHI, llame a Servicios para Miembros o comuníquese con el Department of Health and Human Services. Nada malo le pasará si presenta un reclamo.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Sociales:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 Seventh St., Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Teléfono: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
Fax: 1-415-437-8329

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: 1-916-445-4646
Fax: 1-916-440-7680

o

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
1-916-440-7000 o 1-800-579-0874
Fax: 1-916-440-5537

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso según la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y la forma 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 duals.anthem.com.

Raza, etnia e idioma

Recibimos información de raza, etnia e idioma sobre usted de la agencia estatal Medi-Cal y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services). Protegemos esta información como se describe en este aviso.

Usamos esta información para lo siguiente:

- Garantizar que usted reciba la atención que necesita.
- Crear programas para mejorar los resultados de salud.
- Desarrollar y enviar información sobre educación de salud.
- Informar a los médicos sobre sus necesidades en cuanto al idioma.
- Proporcionar servicios de traducción.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



No usamos esta información para lo siguiente:

- Emitir un seguro de salud.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar los beneficios.
- Revelarla a usuarios no autorizados.

E. Nuestra responsabilidad es proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, tiene derecho a obtener información de nosotros. Si no habla español, tenemos un servicio de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan médico. Para conseguir un intérprete, solo tiene que llamarnos al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Este es un servicio gratuito para usted. Puede recibir materiales en casi cualquier idioma, incluso español, vietnamita, tagalo, chino y muchos más; solo tiene que pedirselo al representante de Servicios al Miembro. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Llame a los Servicios al Miembro si desea información sobre lo siguiente:

- Cómo elegir o cambiar de plan.
- Nuestro plan, incluso:
 - Información financiera.
 - Cómo nos han calificado otros miembros del plan.
 - La cantidad de apelaciones realizadas por los miembros.
 - Cómo se puede dejar el plan.
- Los proveedores y las farmacias de nuestra red, incluso:
 - Cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria.
 - Las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red.
 - Cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- Servicios y medicamentos cubiertos y reglas que usted debe cumplir, incluso:
 - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan.
 - Límites de su cobertura y medicamentos.
 - Normas que debe cumplir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos.
- Los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto, incluso solicitarnos:

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Que le expliquemos por escrito los motivos por lo que algo no está cubierto.
- Que cambiemos una decisión que tomamos.
- Que paguemos una factura que usted recibió.

F. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores en nuestra red no pueden hacerlo pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si les pagamos menos de lo que el proveedor cobró. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7.

G. Su derecho a abandonar nuestro Cal MediConnect Plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no quiere.

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de los servicios de atención médica a través de Original Medicare o de un plan Medicare Advantage.
- Puede recibir sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos recetados o de un plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10 para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de Medicare Advantage o de medicamentos recetados.
- Sus beneficios de Medi-Cal se continuarán ofreciendo a través de Anthem Blue Cross, a menos que usted elija un plan distinto disponible en este condado.

H. Su derecho a tomar decisiones acerca de su atención médica

H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de salud cuando recibe atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento de manera que usted pueda comprender. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamientos.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre los posibles riesgos. Se le debe informar por adelantado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir un tratamiento.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- **Decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no será dado de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra.
- **Solicitarnos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor negó la atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado atención que usted considera que debería recibir.
- **Solicitarnos que cubramos un servicio o medicamento que le fue negado o que no suele tener cobertura.** Esto se denomina "decisión de cobertura". En el Capítulo 9, se indica cómo pedir al plan una decisión de cobertura.

H2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas. Antes de que esto suceda, usted puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario para **entregarle a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted.**
- **Brindar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que lleven adelante su atención médica si ya no puede tomar decisiones por usted mismo.

El documento legal que puede utilizar para dar las instrucciones se denomina "directiva anticipada". Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Algunos ejemplos son el testamento vital y un poder de representación para la atención médica.

No tiene obligación de dar una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Organizaciones que entregan información sobre Medicare o Medi-Cal, como el Departamento de Servicios Sociales local, también pueden tener formularios de directiva anticipada. También puede comunicarse con Servicios al Miembro para solicitar los formularios.
- **Complete y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que necesitan saberlo.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico. También debe darle una copia a la persona que designe para que tome decisiones por usted. Quizás desee también darles copias a amigos o familiares cercanos. Asegúrese de guardar una copia en su casa.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



- Si va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**
 - En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo lleva consigo.
 - Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es usted quien decide si quiere completar una directiva anticipada o no.

H3. Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar un reclamo ante:

California Department of Public Health
Consumer Information System
San Jose District Office
100 Paseo de San Antonio, Suite 235
San Jose, CA 95113
Número gratuito: 1-800-554-0348 (TTY: 711)
Fax: 408-277-1032
<http://hfcis.cdph.ca.gov/LongTermCare/ConsumerComplaint.aspx>
Reclamo contra un médico:
Medical Board of California
Central Complaint Unit
2005 Evergreen Street, Suite 1200
Sacramento, CA 95815
Número gratuito: 1-800-633-2322 (TTY: 711)

I. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

En el Capítulo 9, se indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre sus servicios o atención cubiertos. Por ejemplo, podría pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, realizar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o realizar un reclamo.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios al Miembro.

I1. Qué debe hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que no se respetan sus derechos

Si siente que ha sido tratado de forma injusta (y **no** es discriminación por las razones mencionadas en la página 144), puede obtener ayuda de estas formas llamando a:

- Servicios al Miembro.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (HICAP). Para ver los detalles acerca de esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2.
- El Cal MediConnect Ombuds Program. Para ver los detalles acerca de esta organización y como contactarla, consulte el Capítulo 2.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

I2. Cómo obtener más información sobre sus derechos

Existen diversas maneras para obtener más información sobre sus derechos:

- Llame a Servicios al Miembro.
- Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (HICAP) de su localidad. Para ver los detalles acerca de esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2.
- Llame al Cal MediConnect Ombuds Program. Para ver los detalles acerca de esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2.
- Comuníquese con Medicare.
 - Visite el sitio web de Medicare para leer o descargar “Derechos y Protecciones de Medicare” (ingrese en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>).
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

J. Sus responsabilidades como miembro del plan.

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de realizar lo que se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro.

- **Lea el *Manual del miembro*** para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para obtener la cobertura de servicios y medicamentos. Para conocer más detalles sobre:
 - Sus servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. En esos capítulos, se le informa lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.
 - Sus medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que usted tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Comuníquese con Servicios al Miembro si tiene otra cobertura.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica** que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro siempre que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a que sus médicos** y otros proveedores de atención médica le brinden la mejor atención.
 - Proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus proveedores acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que está tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Sus médicos y otros proveedores deben explicar las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de efectuar los siguientes pagos:
 - Primas de la Parte A de Medicare y de la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, Medi-Cal paga por su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
 - Para algunos de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento. Este será un copago (un monto fijo). En el Capítulo 6, se indica lo que debe pagar por sus medicamentos.
 - **Si usted recibe algún servicio o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.**
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo hacer una apelación.
- **Díganos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios al Miembro.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicios, no podrá permanecer en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. En el Capítulo 1, se indica nuestra área de servicio.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



- Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el período de inscripción especial, usted puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare en su nueva ubicación. Le podemos informar si contamos con algún plan en la nueva área.
 - Además, asegúrese de informarle a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 para ver los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, igualmente necesitamos saberlo.** Debemos mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- Llame a Servicios al Miembro para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.



Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿Qué incluye este capítulo?

Este capítulo tiene información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene algún problema o reclamo en cuanto a la calidad del cuidado.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan ha dicho que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que el plan tomó respecto de su atención.
- Piensa que sus servicios van a terminar demasiado pronto.
- Tiene un problema o un reclamo relacionados con los servicios y apoyos a largo plazo, que incluyen el Programa de servicios múltiples para personas mayores (MSSP), los Servicios comunitarios para adultos (CBAS) y los servicios en Centros de enfermería (NF).

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. Este capítulo está dividido en secciones diferentes para ayudarle a encontrar fácilmente lo que busca.

Si se enfrenta a un problema relacionado con su salud o con los servicios y apoyos a largo plazo

Usted debe recibir cuidado de la salud, medicamentos y servicios y aparatos de apoyo de largo plazo que su doctor y otros proveedores determinen que son necesarios para su cuidado como parte de su plan. **Si tiene un problema relacionado con su atención, puede llamar al Cal MediConnect Ombuds Program al 1-855-501-3077 y solicitar ayuda.** Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para diferentes problemas y reclamos, pero siempre puede llamar al Cal MediConnect Ombuds Program para ayudar a guiarlo a través de su problema. A fin de obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y las maneras de ponerse en contacto con el programa, consulte el Capítulo 2 que incluye más información sobre los programas del Defensor de los Derechos del Paciente.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Índice

¿Qué incluye este capítulo?	158
Si se enfrenta a un problema relacionado con su salud o con los servicios y apoyos a largo plazo.....	158
Sección 1: Introducción	162
• Sección 1.1: Qué debe hacer si tiene un problema	162
• Sección 1.2: ¿Qué significan los términos legales?	162
Sección 2: Dónde puede llamar para obtener ayuda	163
• Sección 2.1: Dónde puede obtener más información y ayuda.....	163
Sección 3: Problemas con sus beneficios	165
• Sección 3.1: ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea realizar un reclamo?	165
Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones	166
• Sección 4.1: Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones	166
• Sección 4.2: Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	166
• Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo lo ayudará?	167
Sección 5: Problemas relacionados con los servicios, los artículos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	169
• Sección 5.1: Cuándo usar esta sección	169
• Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión de cobertura	170
• Sección 5.3: Apelación de nivel 1 por servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D).....	172
• Sección 5.4: Apelación de nivel 2 por servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D).....	176
• Sección 5.5: Problemas de pago	181
Sección 6: Medicamentos de la Parte D	183

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com. 159



- Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D 183
- Sección 6.2: ¿Qué es una excepción? 185
- Sección 6.3: Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones . 186
- Sección 6.4: Cómo pedir una decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción 187
- Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D 190
- Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D 192
- Sección 7: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada 194
 - Sección 7.1: Conozca sus derechos de Medicare 194
 - Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 195
 - Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 197
 - Sección 7.4: ¿Qué sucede si no cumplo con el plazo para la apelación? 198
- Sección 8: Qué debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto 201
 - Sección 8.1: Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura 201
 - Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su atención 202
 - Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su atención 204
 - Sección 8.4: ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1? 205
- Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2 207
 - Sección 9.1: Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare 207
 - Sección 9.2: Próximos pasos para los servicios y artículos de Medi-Cal 208
- Sección 10: Cómo realizar un reclamo 209

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com. 160



- Sección 10.1: Reclamos internos.....210
- Sección 10.2: Reclamos externos.....212



Sección 1: Introducción

• Sección 1.1: Qué debe hacer si tiene un problema

En este capítulo se le indica qué hacer si tiene un problema con su plan, con los servicios o con el pago. Medicare y Medi-Cal han aprobado estos procesos. Cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nuestro plan deben cumplir.

• Sección 1.2: ¿Qué significan los términos legales?

Existen términos legales difíciles para algunas reglas y plazos en este capítulo. Varios de estos términos pueden ser difíciles de comprender; por eso, hemos utilizado vocabulario sencillo en lugar de ciertos términos legales. Evitamos al máximo el uso de abreviaturas.

Por ejemplo, diremos lo siguiente:

- “Presentar un reclamo” en lugar de “presentar una queja”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”.
- “Decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con más claridad y es por ello que también los proporcionamos.



Sección 2: Dónde puede llamar para obtener ayuda

• Sección 2.1: Dónde puede obtener más información y ayuda

Algunas veces puede ser confuso iniciar o dar seguimiento al proceso para tratar un problema. En especial, puede ser confuso si no se siente bien o se siente agotado. En otras ocasiones, tal vez no sepa cómo seguir adelante.

Puede obtener ayuda del programa Cal MediConnect Ombuds Program

Si necesita ayuda, siempre puede llamar al Cal MediConnect Ombuds Program. El Programa Cal MediConnect Ombuds es un programa del Defensor de los Derechos del Paciente que puede responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué debe hacer para resolver su problema. El Programa Cal MediConnect Ombuds no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Pueden ayudarlo a entender qué proceso utilizar. El número de teléfono del Programa de Defensoría de Cal MediConnect es 1-855-501-3077. Los servicios son gratuitos. Para obtener más información sobre los programas del Defensor de los Derechos del Paciente, consulte el Capítulo 2.

Puede obtener ayuda del programa Health Insurance Counseling and Advocacy Program

También puede llamar al Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué debe hacer para resolver su problema. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. 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.

Cómo recibir ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda para resolver sus problemas. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. The call is free.
- Visite el sitio web de Medicare en <http://www.medicare.gov>.

Puede recibir ayuda del California Department of Managed Health Care

El siguiente párrafo es una divulgación obligatoria según la Sección 1368.02(b) del Código de Seguridad y Salud de California. En este párrafo, el término “queja” significa una apelación o reclamo acerca de los servicios de Medi-Cal, su plan de salud o uno de sus proveedores.

El California Department of Managed Health Care es el encargado de regular los planes que prestan servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe comunicarse al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y usar el proceso de queja de su plan de salud antes de ponerse en contacto con el departamento. El uso

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



del procedimiento para quejas 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 de manera satisfactoria por su plan de salud o una queja que ha permanecido sin resolución por 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 de salud 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 el pago de las disputas de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene una línea gratuita (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (1-877-688-9891) para personas con discapacidad auditiva o del habla. El sitio web del departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> tiene formularios de reclamo, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Puede obtener ayuda de la Organización para la Mejora de la Calidad

La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

El número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad es el 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).



Sección 3: Problemas con sus beneficios

• Sección 3.1: ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea realizar un reclamo?

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que aplican a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o quejas.

<p>¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o su cobertura?</p> <p>(Esto incluye problemas respecto a si una un servicio de atención médica especial, servicios y apoyos a largo plazo, o medicamentos recetados están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de atención médica o medicamentos recetados).</p>	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema está referido a los beneficios o la cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección 4: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 166.</p>	<p>No.</p> <p>Mi problema no está referido a los beneficios o la cobertura.</p> <p>Salte hasta la Sección 10: “Cómo presentar un reclamo” en la página 209.</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones

• Sección 4.1: Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones

El proceso para las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura. También incluye problemas con el pago. Usted no es responsable por los cargos de Medicare, excepto los copagos de la Parte D.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión sobre cobertura es una decisión inicial que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos.

Si usted o su médico no están seguros si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Medi-Cal, cualquiera de los dos puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico proporcione el servicio, artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión y que la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, podemos decidir que un servicio, artículo o medicamento que desea no esté cubierto o que deje de estar cubierto por Medicare o Medi-Cal. Si usted o su doctor están en desacuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

• Sección 4.2: Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

¿A quién puedo llamar para pedirle ayuda con las decisiones de cobertura o la realización de una apelación?

Les puede pedir ayuda a las siguientes personas:

- Llame a **Servicios para los Miembros** al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
- Llame a **Cal MediConnect Ombuds Program** para obtener ayuda gratuita. El programa **Cal MediConnect Ombuds Program** ayuda a las personas en Cal MediConnect en caso de problemas con los servicios o la facturación. Número de teléfono: 1-855-501-3077.
- Llame al **Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** para obtener ayuda gratuita. HICAP es un organismo independiente. No tiene relación con este plan. Número de teléfono: 1-800-434-0222.
- Llame al **Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)** para que le brinden ayuda gratuita. El DMHC es responsable por la regulación de los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas inscritas en Cal MediConnect con las apelaciones relacionadas con problemas respecto de los servicios o la facturación de Medi-Cal. Número

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



de teléfono: 1-888-466-2219. Las personas que son sordas, tienen problemas auditivos o del habla pueden usar el número TDD de línea gratuita, 1-877-688-9891.

- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o apelación en su nombre.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúe por usted. Puede designar a otra persona para que sea su "representante" en la solicitud de una decisión de cobertura o la presentación de una apelación.
 - Si desea que un amigo, pariente, u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro y pida el formulario de "Designación de representante". También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>. El formulario le dará a la persona la autorización para actuar por usted. Deberá entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su abogado o solicitar que le recomienden uno en el colegio de abogados local u otro servicio de referido. Algunos grupos legales le brindarán asistencia legal gratuita si reúne los requisitos. Si desea un abogado como representante, deberá completar el formulario de Designación de representante.
 - Sin embargo, **no es necesario que cuente con un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o realizar una apelación.

• **Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo lo ayudará?**

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que implican decisiones sobre cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Dividimos este capítulo en diferentes secciones para que pueda encontrar las reglas que debe cumplir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema:**

- **En la Sección 5, página 169**, se le da información si tiene problemas con los servicios, artículos y medicamentos (pero **no** con los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
 - No está recibiendo el cuidado médico que desea y cree que nuestro plan cubre este cuidado.
 - No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su doctor desea darle y usted cree que este cuidado debe ser cubierto.
 - **NOTA:** Solo use la Sección 5 si se trata de medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* con un asterisco (*) no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6, en la página 183 para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Recibió cuidado o servicios médicos que piensa deberían ser cubiertos, pero no pagaremos este cuidado.
- Recibió y pagó servicios médicos o artículos que pensó que estaban cubiertos y desea solicitarnos que le brindemos un reembolso.
- Se le informa que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo se reducirá o interrumpirá y no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es para cuidado hospitalario, cuidado de la salud en el hogar, cuidado en centro de enfermería especializado o servicios en Centro Integral de Rehabilitación Ambulatoria (CORF), debe leer una sección separada de este capítulo porque para estos tipos de cuidado aplican reglas especiales. Vea las Secciones 7 y 8 en las páginas 194 y 201.
- **En la Sección 6, página 183,** se le proporciona información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
 - Desea pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
 - Desea solicitarnos que renunciemos a los límites de la cantidad del medicamento que usted puede conseguir.
 - Desea solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
 - No aprobamos su solicitud o excepción y usted, su doctor u otro emisor de recetas cree que deberíamos haberlo hecho.
 - Desea solicitarnos que paguemos un medicamento recetado que ya ha adquirido. (Se trata de solicitar una decisión sobre cobertura relacionada con el pago).
- **En la Sección 7, página 194,** se le proporciona información sobre cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si piensa que el médico le está dando de alta muy pronto. Use esta sección si:
 - Está en el hospital y cree que el doctor le dio el alta demasiado pronto.
- **En la Sección 8, página 201,** se le proporciona información si considera que la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada y los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) están finalizando demasiado pronto.

Si no está seguro de cuál sección debería usar, llame a Servicios para los Miembros al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Si necesita otra ayuda o información, llame al Cal MediConnect Ombuds Program al 1-855-501-3077.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Sección 5: Problemas relacionados con los servicios, los artículos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

• Sección 5.1: Cuándo usar esta sección

Esta sección es sobre lo que debe hacer si tiene problemas con sus beneficios para sus servicios médicos, de salud del comportamiento y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). Puede usar esta sección en el caso de problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos en la **Lista de medicamentos cubiertos** con un asterisco (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6 para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D.

Esta sección le dice lo que puede hacer si está en una de las siguientes situaciones:

1. Cree que cubrimos servicios médicos, de salud del comportamiento o servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que usted necesita, pero no está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la Sección 5.2 en la página 170 para obtener información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

2. El plan no aprobó la atención que su médico desea brindarle y usted cree que debería hacerlo.

Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no aprobar el cuidado. Vaya a la Sección 5.3 en la página 172 para obtener información sobre cómo realizar una apelación.

3. Recibió servicios o artículos que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Vaya a la Sección 5.3 en la página 172 para obtener información sobre cómo realizar una apelación.

4. Recibió y pagó servicios o artículos que pensó que estaban cubiertos y desea que le reembolsemos los servicios o artículos.

Qué puede hacer: Puede pedirnos un reembolso. Vaya a la Sección 5.5 en la página 181 para obtener información sobre cómo pedirnos un pago.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para un determinado servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de reducir, cambiar o suspender el servicio. Vaya a la Sección 5.3 en la página 172 para obtener información sobre cómo realizar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que se suspende es para servicios de cuidado hospitalario, cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o en un Comprehensive

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Outpatient Rehabilitation Facility (CORF), se aplican reglas especiales. Lea las Secciones 7 u 8 en las páginas 194 y 201 para averiguar más.

• Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para recibir un servicio médico, de salud del comportamiento o ciertos servicios y apoyos a largo plazo (servicios de MSSP, CBAS o NF)

Para solicitar una decisión sobre la cobertura, llámenos, escribanos o envíenos un fax o pídale a su representante o médico que nos solicite una decisión.

- Puede llamarnos al: 1-888-350-3447 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
- Puede enviarnos un fax al: 1-888-426-5087
- Puede escribirnos a: 12900 Park Plaza Drive, Ste. 150, Mailstop: 6151, Cerritos, CA 90703-9329

¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de cobertura?

Generalmente, demora hasta 14 días calendario luego de la solicitud. Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 14 días calendario, usted puede realizar una apelación.

A veces, necesitamos más tiempo; en ese caso, le enviaremos una carta en la que se le indicará que nos tomará hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. Si aprobamos la solicitud, le avisaremos de nuestra decisión en 72 horas.

Sin embargo, a veces, necesitamos más tiempo; en ese caso, le enviaremos una carta en la que se le indicará que nos tomará hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo.

El término legal para “decisión rápida de cobertura” es “determinación acelerada”.

Cómo pedir una decisión rápida de cobertura:

- Si solicita una decisión rápida de cobertura, comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos el cuidado que desea.
- Puede llamarnos al 1-888-350-3447 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., o enviarnos un fax al 1-888-426-5087. Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- También puede hacer que su doctor o su representante nos llame.

Estas son las reglas para solicitar una decisión rápida de cobertura:

Debe cumplir con los siguientes dos requisitos para obtener una decisión rápida sobre cobertura:

1. Puede obtener una decisión rápida de cobertura **solo si solicita cobertura para un servicio de atención médica o un artículo que no ha recibido**. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica o del artículo que ya ha recibido).
2. Puede obtener una decisión rápida de cobertura **solo si el hecho de utilizar el plazo de 14 días calendario pudiera ocasionarle un daño grave a su salud o dañar su capacidad de mantener sus funciones**.
 - Si su doctor dice que usted necesita una decisión rápida de cobertura, se la brindaremos automáticamente.
 - Si pide una decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su doctor, decidiremos si le damos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su salud no reúne los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta. También utilizaremos el plazo estándar de 14 días calendario.
 - Esta carta le dirá que, si su doctor pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le dirá como presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso para realizar reclamos, incluyendo reclamos rápidos, vea la Sección 10 en la página 209.

Si la decisión de cobertura es afirmativa, ¿cuándo recibiré el servicio o artículo?

Recibirá aprobación (autorización previa) para conseguir el servicio o artículo en 14 días calendario (para una decisión de cobertura estándar) o 72 horas (para una decisión rápida de cobertura) después de la fecha de la solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, aprobaremos la cobertura para finales de ese período extendido.

Si la decisión de cobertura es negativa, ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **negativa**, le enviaremos una carta en la que le indicaremos los motivos de la respuesta **negativa**.

- Si la respuesta es **negativa**, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión mediante la realización de una apelación. Presentar una apelación implica solicitarnos que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Si decide realizar una apelación, significa que estará pasando al primer nivel del proceso de apelaciones (lea la siguiente sección para obtener más información).

• Sección 5.3: Apelación de nivel 1 por servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión y que la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Si usted o su doctor u otro proveedor están en desacuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

En la mayoría de los casos, debe comenzar su apelación en el nivel 1. Si no desea apelar primero al plan por un servicio de Medi-Cal, en casos especiales puede solicitar una revisión médica independiente. Consulte la página 176 para obtener más información. Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede comunicarse con el Cal MediConnect Ombuds Program al 1-855-501-3077. El Programa Cal MediConnect Ombuds no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o planes de salud.

¿Qué es una apelación de nivel 1?

Una apelación de primer nivel es la primera apelación de nuestro plan. Revisaremos nuestra decisión de cobertura para determinar si es correcta. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión original de la cobertura. Cuando terminemos la revisión, le informaremos nuestra decisión por escrito.

Si, después de nuestra revisión, le comunicamos que el servicio o artículo no está cubierto, su caso puede pasar a una apelación de nivel 2.

¿Cómo puedo realizar una apelación de nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su doctor, otro proveedor o su representante deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Para obtener detalles adicionales sobre cómo comunicarse con nosotros para apelaciones, vea el Capítulo 2.

Panorama general: Cómo realizar una apelación de nivel 1

Usted, su doctor, o su representante pueden poner por escrito su solicitud y mandarla por correo o fax. También puede llamarnos para pedir una apelación.

- Solicite la apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si no cumple el plazo por una buena razón, aún puede apelar (vea la página 173).
- Si apela porque le comunicamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o suspenderá, **tiene menos días para realizar la apelación** si desea continuar recibiendo ese servicio mientras su apelación se encuentra en proceso (consulte la página 175).
- Siga leyendo esta sección para aprender acerca de cuál plazo aplica a su apelación.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Puede solicitarnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación estándar o rápida, presente la apelación por escrito o llámenos.
 - Puede presentar una solicitud por escrito a la dirección siguiente: Grievances and Appeals Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 4361 Irwin Simpson Road Mail Stop OH0205-A537 Mason, OH 45040-9549 Fax: 1-888-458-1406
 - También puede enviarnos la solicitud en línea en: duals.anthem.com.
 - También puede solicitar una apelación llamándonos al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
- Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días calendario a partir de la recepción de su apelación para notificarle que la hemos recibido.

El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

¿Puede otra persona realizar la apelación por mí?

Sí. Su doctor u otro proveedor puede presentar la apelación por usted. Además de su doctor u otro proveedor, otras personas pueden presentar la apelación por usted, pero antes esta persona debe completar el formulario de Designación de representante. El formulario le otorga permiso a la persona para que actúe en su nombre.

Para obtener un formulario de Designación de representante, llame a Servicios para los Miembros y solicite uno o visite la página web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>.

Si la apelación la realiza otra persona que no sea usted, su médico u otro proveedor, debemos recibir el formulario de Designación de Representante completo antes de que podamos revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para realizar una apelación?

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para notificarle nuestra decisión.

Si no cumplió con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, podemos otorgarle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos son si tuvo una enfermedad grave o si le brindamos la información incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación.

NOTA: Si apela porque le comunicamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o interrumpirá, **tiene menos días para realizar la apelación** si desea continuar recibiendo ese

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



servicio mientras se procesa su apelación. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?” en la página 175 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia del expediente de mi caso?

Sí. Pídanos una copia llamando a Servicios para los Miembros al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

¿Mi médico puede darles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión de apelación?

Analizamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de cuidado médico. Luego, verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela a usted o a su doctor.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de apelación “estándar”?

Le daremos una respuesta dentro de 30 días calendario después de que recibamos su apelación. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su condición de salud así lo requiere.

- Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información, podemos tomar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo.
- Si cree que no debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para realizar reclamos, incluyendo reclamos rápidos, vea la Sección 10 en la página 209.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 30 días calendario o antes de que finalicen los días adicionales (si los tomamos), automáticamente enviaremos su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Le notificaremos cuando esto suceda. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, deberá presentar usted mismo una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4 en la página 176.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o brindarle la cobertura en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido la apelación.

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le informará que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una apelación de nivel 2. Si su

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, en la carta se le indicará cómo debe presentar usted mismo una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4 en la página 176.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de apelación “rápida”?

Si pide una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información, podemos tomar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo.
- Si cree que no debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para realizar reclamos, incluyendo reclamos rápidos, vea la Sección 10 en la página 209.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 72 horas o antes de que finalicen los días adicionales (si los tomamos), automáticamente enviaremos su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Le notificaremos cuando esto suceda. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, deberá presentar usted mismo una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4 en la página 176.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le informará que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una apelación de nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, en la carta se le indicará cómo debe presentar usted mismo una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4 en la página 176.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de nivel 1?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que fue aprobado previamente, le enviaremos una notificación antes de tomar la acción. Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de primer nivel y pedir que continuemos sus beneficios para el servicio o artículo. Usted debe **realizar la solicitud en las fechas que se indican a continuación o antes, lo que suceda último**, a fin de continuar sus beneficios:

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- En un plazo de 10 días de la fecha del envío por correo de nuestra notificación de acción; o
- La fecha efectiva pretendida de la acción.

Si cumple este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo en disputa mientras se está procesando su apelación.

• **Sección 5.4: Apelación de nivel 2 por servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)**

Si el plan rechaza la apelación de nivel 1, ¿qué sucede después?

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación de nivel 1, le enviaremos una carta. En la carta se le informará si Medicare o Medi-Cal suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si el problema se relaciona con un servicio o artículo de Medicare, su caso se enviará de manera automática al nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como finalice la apelación de nivel 1.
- Si el problema se relaciona con un servicio o artículo de Medi-Cal, puede presentar una apelación de nivel 2 por su cuenta. La carta le indicará cómo hacerlo. También hay información a continuación.

¿Qué es una apelación de nivel 2?

La apelación de Nivel 2 es la segunda apelación, que la realiza una organización independiente que no está relacionada con nuestro plan.

Mi problema se relaciona con un servicio o artículo de Medi-Cal. ¿Cómo puedo realizar una apelación de nivel 2?

Existen dos formas de presentar una apelación de nivel 2 para los servicios y artículos de Medi-Cal: (1) Revisión médica independiente o (2) Audiencia estatal.

(1) Revisión Médica Independiente

Usted puede pedir una revisión médica independiente (IMR) de parte del Centro de Ayuda del California Department of Managed Health Care (DMHC). Puede disponer de una IMR para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión de su caso realizada por médicos que no forman parte de nuestro plan. Si la IMR se decide a su favor, debemos darle el servicio o artículo que solicitó. La IMR no tiene ningún costo para usted.

Puede solicitar una IMR si nuestro plan:

- Niega, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque nuestro plan determina que no es necesario por motivos médicos.
- No cubre un tratamiento experimental o investigativo de Medi-Cal para una afección grave.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- No pagará por servicios de emergencia o urgencia de Medi-Cal que usted ya recibió.
- No ha resuelto su apelación de nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal dentro de los 30 días calendario para una apelación estándar o dentro de las 72 horas para una apelación rápida.

Puede solicitar una IMR si ha solicitado también una audiencia estatal, pero no si la audiencia estatal se relacionaba con el mismo asunto.

En la mayoría de los casos, usted debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Vea la página 172 para obtener información sobre nuestro proceso de apelación de nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar una IMR al Centro de Ayuda del DMHC.

Si su tratamiento fue denegado porque era experimental o investigativo, no tiene que participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o implica una amenaza grave e inminente contra su salud, puede acercarlo de inmediato al DMHC. Es posible que el DMHC no requiera que primero siga nuestro proceso de apelaciones en función de los hechos de su caso.

Debe **solicitar una IMR en el plazo de 6 meses** luego de que enviemos una respuesta por escrito respecto de su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de los 6 meses por una buena causa, como una afección médica que no le permita solicitar una IMR en el plazo de 6 meses o si no recibe un aviso adecuado de parte nuestra sobre el proceso de la IMR.

Para pedir una IMR:

- Complete el formulario de solicitud de Revisión Médica Independiente/reclamo que se encuentra disponible en <https://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx> o llame al Centro de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-877-688-9891.
- Si los tiene, adjunte copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que denegamos. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de documentos, no originales. El Centro de Ayuda no puede devolver ningún documento.
- Llene el formulario de Asistente autorizado si alguien lo está ayudando con su IMR. Puede obtener el formulario en http://www.dmhc.ca.gov/Portals/0/FileAComplaint/IMRForms/20160AAF_English.pdf. O llame al Centro de ayuda del departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-877-688-9891.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Envíe por correo o fax sus formularios y cualquier adjunto a:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

Si usted cumple con los requisitos, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en el plazo de 7 días calendario en la que se le informará si cumple con los requisitos para una IMR. Después de que se reciben su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión sobre la IMR se tomará dentro de un plazo de 30 días calendario. Debería recibir la decisión sobre la IMR en el plazo de 45 días calendario a partir del envío de la solicitud completa.

Si su caso es urgente y usted cumple con los requisitos, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en el plazo de 2 días calendario en la que se le informará si cumple con los requisitos para una IMR. Después de que se reciben su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión sobre la IMR se tomará en un plazo de 3 días calendario. Debería recibir la decisión sobre la IMR en el plazo de 7 días calendario a partir del envío de la solicitud completa. Si usted no está de acuerdo con el resultado de la IMR, puede solicitar una audiencia estatal.

Si el DMHC decide que su caso no es elegible para IMR, el DMHC revisará su caso a través de su proceso regular de reclamo del cliente.

(2) Audiencia estatal

Puede solicitar una audiencia estatal en cualquier momento respecto de los servicios y los artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su doctor u otro proveedor pide un servicio o artículo que no aprobaremos, o no continuaremos pagando por un servicio o artículo que usted ya tiene y decimos que no a su apelación de primer nivel, tiene derecho a pedir una audiencia del estado.

En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una audiencia estatal** después de que se le envíe el aviso "Your Hearing Rights" (Sus derechos de audiencia).

NOTA: Si solicita una audiencia estatal porque le comunicamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o interrumpirá, **tiene menos días para enviar su solicitud** si desea continuar recibiendo ese servicio mientras su audiencia estatal está pendiente. Lea "¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 2?" en la página 179 para obtener más información.

Hay dos formas para pedir una audiencia del estado:

1. Puede completar la "Solicitud para audiencia del estado" en la parte de atrás de la notificación de acción. Debe proporcionar toda la información solicitada tal como su nombre completo, dirección, número telefónico, el nombre el plan o el condado que tomó la medida contra usted, el (los) programa(s) de ayuda involucrado(s) y un motivo detallado por el que usted desea una audiencia. Entonces puede presentar su solicitud de una de estas formas:
 - Al departamento de bienestar del condado a la dirección mostrada en la notificación.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Al California Department of Social Services:
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
 - Ante la División de audiencias estatales al número de fax 916-651-5210 o al 916-651-2789.
2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-952-5253. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-800-952-8349. Si decide pedir una audiencia del estado por teléfono, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

Mi problema se relaciona con un servicio o artículo de Medicare. ¿Qué sucederá en la apelación de nivel 2?

Una Entidad de Revisión Independiente (IRE) realizará una revisión cuidadosa de la decisión de nivel 1 y decidirá si se debe cambiar.

- No necesita solicitar una Level 2 Appeal. Enviaremos automáticamente todo rechazo (parcial o total) a la IRE. Le notificaremos cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no tiene ninguna relación con este plan.
- Puede pedir una copia de su expediente llamando a Servicios para los Miembros al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

La IRE debe dar una respuesta a su apelación de segundo nivel dentro de 30 días calendario después de haber recibido su apelación. Esta regla se aplica si envió la apelación antes de obtener los servicios o artículos médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que pueda ser de beneficio para usted, puede tomar hasta 14 días calendario más. Si la Independent Review Entity necesita días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicará por medio de una carta.

Si tuvo una "apelación rápida" en el Nivel 1, tendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de 72 horas después de haber recibido su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que pueda ser de beneficio para usted, puede tomar hasta 14 días calendario más. Si la Independent Review Entity necesita días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicará por medio de una carta.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de nivel 2?

Si su problema se relaciona con un servicio o artículo cubierto por Medicare, sus beneficios por dicho servicio o artículo **no** continuarán durante el proceso de apelaciones de nivel 2 con la Entidad de revisión independiente.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Si su problema se relaciona con un servicio o artículo cubiertos por Medi-Cal y solicita una audiencia estatal, los beneficios de Medi-Cal respecto de ese servicio o artículo pueden continuar hasta que se tome una decisión en la audiencia. Debe solicitar una audiencia **en las fechas que se indican a continuación o antes, lo que suceda último**, a fin de continuar sus beneficios:

- Dentro de 10 días de la fecha de envío de nuestra notificación a usted de que la determinación adversa de beneficios (decisión de la apelación de primer nivel) ha sido mantenida; o
- La fecha efectiva pretendida de la acción.

Si cumple este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo en disputa hasta que se tome la decisión de la audiencia.

¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su apelación de segundo nivel fue una Revisión médica independiente, el Department of Managed Health Care le enviará una carta explicando la decisión tomada por los doctores que revisaron su caso.

- Si la decisión de la Revisión Médica Independiente es **aceptar** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindar el servicio o tratamiento.
- Si la decisión de la Revisión Médica Independiente es **rechazar** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que está de acuerdo con la decisión del nivel 1. Aún usted puede recibir una audiencia del estado. Vaya a la página 178 para ver información sobre cómo pedir una audiencia estatal.

Si su apelación de segundo nivel fue una audiencia del estado, el California Department of Social Services le enviará una carta explicando su decisión.

- Si la decisión de la audiencia estatal es **aceptar** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos respetar la decisión. Debemos completar la(s) medida(s) descritas en un plazo de 30 días calendario de la fecha en que recibimos una copia de la decisión.
- Si la decisión de la audiencia estatal es **rechazar** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión del nivel 1. Podemos detener cualquier ayuda pagada pendiente que está recibiendo.

Si su apelación de nivel 2 fue a la Entidad independiente de revisión (IRE) de Medicare, le enviarán una carta que explica su decisión.

- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o brindarle el servicio o artículo dentro de los 14 días calendario a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico o proveer el servicio o artículo en un plazo de 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Si la IRE **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión del nivel 1. Esto se conoce como "confirmar la decisión". También se llama "rechazo de la apelación".

Si se rechaza parte o la totalidad de lo que solicitó, ¿puedo realizar otra apelación?

Si su apelación de segundo nivel fue una Revisión médica independiente, usted puede solicitar una audiencia del estado. Vaya a la página 178 para ver información sobre cómo pedir una audiencia estatal.

Si su apelación de segundo nivel fue una audiencia del estado, puede pedir una nueva audiencia dentro de 30 días después de que usted recibe la decisión. También puede pedir una revisión judicial de una denegación de audiencia del estado presentando una petición en la Corte Superior (bajo el Código de Procedimiento Civil Sección 1094.5) dentro de un año después de que usted recibe la decisión. No puede pedir una IMR si ya tuvo una audiencia del estado sobre el mismo asunto.

Si su apelación de nivel 2 fue a la Entidad independiente de revisión (IRE) de Medicare, puede apelar de nuevo, solo si el valor en dólares del servicio o artículo que quiere cumple un cierto monto mínimo. La carta que reciba de la Independent Review Entity le explicará otros derechos de apelación que usted pueda tener.

Vea la Sección 9 en la página 207 para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.

• Sección 5.5: Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen los servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por el servicio o artículo cubierto. A usted nunca se le exige que pague el saldo de ninguna factura. El único monto que se le debe pedir que pague es el copago correspondiente a los medicamentos del nivel 2 que figuran en la Lista de medicamentos de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Si usted recibe una factura que es superior a su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.

Para obtener más información, comience leyendo el Capítulo 7. "Cómo solicitarnos que paguemos *nuestra parte de* una factura que usted recibió en concepto de servicios o medicamentos cubiertos". El Capítulo 7 describe las situaciones en que puede necesitar pedir reembolso o que paguen una factura que recibió de un proveedor. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos el pago.

¿Puedo pedirles que me reembolsen su parte de un servicio o artículo que pagué?

Recuerde que si recibe una factura que es superior a su copago por servicios y artículos cubiertos, usted no debe pagar la factura. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las reglas para recibir servicios y artículos.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Si solicita un reembolso, solicita una decisión sobre cobertura. Determinaremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto y verificaremos si siguió todas las reglas para utilizar la cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por nuestra parte del costo del servicio o artículo en un plazo de 60 días calendario de haber recibido su solicitud.
- Si aún no ha pagado por el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta que le indica que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos la razón.

¿Qué sucede si decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede realizar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la Sección 5.3 en la página 172. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos darle una respuesta en un periodo de los 60 días calendario luego de haber recibido su apelación.
- Si nos está pidiendo reembolso por un servicio o artículo que ya recibió y pagó usted mismo, no puede pedir una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare, automáticamente enviaremos su caso a la Entidad de revisión independiente (IRE). Le enviaremos una carta para avisarle si esto sucede.

- Si la Independent Review Entity revierte nuestra decisión y afirma que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un período de 30 días calendario. Si **aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, eso implica que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se conoce como "confirmar la decisión". También se llama "rechazo de la apelación"). La carta que reciba le explicará otros derechos de apelación que usted pueda tener. Puede apelar otra vez solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un monto mínimo determinado. Vea la Sección 9 en la página 207 para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y Medi-Cal suele cubrir el servicio o artículo, puede presentar una apelación de nivel 2 por su cuenta (consulte la Sección 5.4 en la página 176).

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Sección 6: Medicamentos de la Parte D

• Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero es posible que los cubra Medi-Cal. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) incluye algunos medicamentos con un asterisco (*). Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con un asterisco (*) siguen el proceso de la Sección 5 en la página 169.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación sobre medicamentos recetados de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos puede pedir tomar sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Puede solicitarnos que hagamos una excepción, como por ejemplo:
 - Cómo solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan
 - Pedirnos que renunciemos a una restricción en la cobertura de un medicamento del plan (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes que podamos cubrirlo en su caso).

NOTA: Si en su farmacia le dicen que su receta no puede surtirse, recibirá una notificación en la que se le explicará cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura.

- Nos pide pagar un medicamento recetado que ya compró. Se trata de solicitar una decisión sobre cobertura relacionada con el pago.

El término legal para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es “**determinación de cobertura**”.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Si está en desacuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Use el cuadro a continuación para ayudarse a decidir cuál sección tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que eliminemos una norma o restricción de un medicamento que cubrimos?</p>	<p>¿Desea que cubramos una medicina de nuestra lista de medicinas y considera que cumple con las normas o restricciones (por ejemplo, obtener aprobación previa) para obtener la medicina que necesita?</p>	<p>¿Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya recibió y pagó?</p>	<p>¿Ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos la medicina de la forma en que usted desea que se cubra o pague?</p>
<p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión sobre cobertura).</p>	<p>Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.</p>	<p>Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión sobre cobertura).</p>	<p>Puede realizar una apelación. (Esto significa que usted solicita que reconsideremos la decisión).</p>
<p>Inicie con la Sección 6.2 en la página 185. Consulte también las Secciones 6.3 y 6.4, en las páginas 186 y 187.</p>	<p>Salte a la Sección 6.4 en la página 187.</p>	<p>Salte a la Sección 6.4 en la página 187.</p>	<p>Salte a la Sección 6.5 en la página 190.</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



• Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

Una excepción es un permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* o no está cubierto de la forma en que desearía que estuviera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando pide una excepción, su doctor u otro emisor de recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

A continuación, se describen ejemplos de excepciones que usted, su doctor u otro emisor de recetas pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
 - Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el monto de costo compartido que aplica a medicamentos en el nivel 2.
 - No puede pedir una excepción al monto de copago o coseguro que requerimos que pague por el medicamento.
2. Eliminar una restricción en nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
 - Las reglas y restricciones adicionales en la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
 - Que se exija usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. (Esto a veces se llama "autorización previa").
 - Exigencia de que pruebe primero un medicamento diferente, antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted está solicitando. (Esto a veces se llama "terapia escalonada").
 - Límites de cantidad. Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos.
 - En caso de que decidamos hacer una excepción y eliminar la restricción en su caso en particular, puede solicitar una excepción al monto del copago que debe pagar por el medicamento.

El término legal para solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento se denomina, en ocasiones, una “**excepción al formulario**”.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



• **Sección 6.3: Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones**

Su médico u otra persona autorizada a emitir recetas deben explicarnos las razones médicas

Su doctor u otro emisor de la receta deben enviarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las que solicita una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información provista por su doctor u otro emisor de la receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición determinada. Estos se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción.

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de una excepción

- Si **aceptamos** su solicitud de una excepción, la excepción normalmente dura hasta el final del año calendario. Esto regirá siempre que su doctor continúe recetándole el medicamento y que el medicamento siga siendo seguro y efectivo para el tratamiento de su condición.
- Si **rechazamos** su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la realización de una apelación. La Sección 6.5 en la página 190 le dice cómo hacer una apelación si decimos que **No**.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



En la sección siguiente, se explica cómo solicitar una decisión sobre cobertura, incluida una excepción.

• **Sección 6.4: Cómo pedir una decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción**

Qué debe hacer

- Pida el tipo de decisión de cobertura que desea. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su doctor (u otro emisor de recetas) puede hacerlo. Puede llamarnos al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
- Usted o su doctor (u otro emisor de recetas) o quien actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. Asimismo, un abogado puede ser su representante.
- Lea la Sección 4 en la página 166 para averiguar cómo dar permiso a alguien más para que actúe como su representante.
- No es necesario que les otorgue permiso por escrito a su médico o a la persona autorizada a emitir recetas para que nos soliciten una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea pedirnos que le reembolsemos el pago de un medicamento, lea el Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las que es posible que necesite solicitar un reembolso. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.
- Si está pidiendo una excepción, proporcione la “declaración de apoyo”. Su doctor u otro proveedor deben darnos las razones médicas por las que necesita la excepción de medicamentos. Denominamos esto la "declaración de respaldo".

Panorama general: Cómo solicitar una decisión de cobertura de un medicamento o un pago

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax o pídale a su representante, doctor u otro emisor de recetas que haga la solicitud. Le daremos la respuesta a una decisión estándar de cobertura en un plazo de 72 horas. Le daremos la respuesta al reembolso por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en el plazo de 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo de su doctor u otro emisor de recetas.
- Usted, su doctor u otro emisor de recetas pueden solicitar una decisión rápida. (Normalmente, recibimos las decisiones rápidas en un plazo de 24 horas).
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre plazos de decisión.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Su doctor u otro emisor de recetas puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O pueden informarnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

Si su estado de salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”

Utilizaremos los “plazos estándar” a menos que hayamos acordado utilizar un “plazo rápido”.

- Una **decisión estándar de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.

El término legal para una “decisión rápida de cobertura” es “**determinación acelerada de cobertura**”.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si está solicitando un medicamento que no ha recibido todavía. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo reembolso por un medicamento que ya compró).

Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el usar los plazos estándares podría ocasionar daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.

Si su doctor u otro emisor de recetas nos informa que su estado de salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente accederemos a brindarle una decisión rápida y se lo explicaremos en la carta.

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura usted mismo (sin el apoyo del médico u otro emisor de recetas), decidiremos si le brindemos una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si decidimos que su condición médica no cumple los requerimientos para una decisión de cobertura rápida, en su lugar usaremos los plazos estándares.
 - También le enviaremos una carta para informarle sobre eso. La carta le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar.
 - Puede presentar una “queja rápida” y recibir una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para realizar reclamos, incluyendo reclamos rápidos, vea la Sección 10 en la página 209.

Plazos para una “decisión rápida de cobertura”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta dentro de 24 horas. Esto significa dentro de 24 horas desde la recepción de su solicitud. O si solicita una excepción,

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



24 horas luego de haber recibido la declaración de respaldo de su doctor o emisor de recetas que apoye su solicitud. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.

- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el nivel 2, una Independent Review Entity revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibimos su solicitud o la declaración del médico o de la persona autorizada a emitir recetas que justifique su solicitud.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión estándar de cobertura” relacionada con un medicamento que aún no ha recibido

- Si estamos usando los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. O, si estamos pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de su doctor o recetante en apoyo a su solicitud. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. En el nivel 2, una Independent Review Entity revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o darle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud o, si está pidiendo una excepción, la declaración de respaldo del médico o de la persona autorizada a emitir recetas.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión estándar de cobertura” relacionada con el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta dentro de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el nivel 2, una Independent Review Entity revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le pagaremos en un plazo de 14 días calendario.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

• Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar su apelación, usted, su médico u otra persona autorizada a emitir recetas, o su representante deben ponerse en contacto con nosotros.
- Si solicita una apelación estándar, puede hacerlo enviando una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
- Si desea una apelación rápida, puede presentarla por escrito o llamándonos.
- Debe realizar su solicitud de apelación **en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso que le enviamos para comunicarle nuestra decisión. Si no cumplió con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, podemos otorgarle más tiempo para que presente su apelación. Por ejemplo, un buen motivo para no cumplir con el plazo puede ser una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para presentar una apelación.

Panorama general: Cómo realizar una apelación de nivel 1

Usted, su doctor o recetante, o su representante pueden poner por escrito su solicitud y mandárnosla por correo o fax. También puede llamarnos para pedir una apelación.

- Solicite la apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si no cumple con el plazo por un buen motivo, aún puede presentar una apelación.
- Usted, su doctor, su emisor de recetas o su representante puede llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre plazos de decisión.

El término legal para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es **“redeterminación”** del plan.

- Tiene derecho a pedirnos una copia de la información con respecto a su apelación. Para pedir una copia, llame a Servicios para los Miembros al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Si lo desea, usted y su doctor u otro emisor de recetas pueden aportarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Si usted apela una decisión de nuestro plan acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted, su doctor u otro emisor de recetas deberán decidir si es necesaria una "apelación rápida".

- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura" en la sección 6.4, en la página 187.

El término legal para una "apelación rápida" es "redeterminación acelerada".

Nuestro plan revisará su apelación y le comunicará nuestra decisión

- Examinamos detalladamente toda la información sobre la solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted, con su doctor u otro emisor de recetas para obtener más información. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión original de la cobertura.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, le daremos una respuesta dentro de 72 horas desde haber recibido su apelación o antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Independent Review Entity revisará su apelación.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibida su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere, excepto si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su apelación. Si considera que su estado de salud lo requiere, deberá solicitar una "apelación rápida".
- Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, o 14 días si usted solicitó que le reembolsemos un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Independent Review Entity revisará su apelación.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más allá de los 7 días calendario después de recibida su apelación o 14 días si usted solicitó que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud para hacerle un reembolso por una medicina que usted ya adquirió, le enviaremos el pago dentro de los 30 días calendario de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Panorama general: Cómo realizar una apelación de nivel 2

Si desea que la Independent Review Entity revise su caso, debe presentar una solicitud de apelación por escrito.

- Solicite la apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si no cumple con el plazo por un buen motivo, aún puede presentar una apelación.
- Usted, su doctor u otro emisor de recetas o su representante puede solicitar la Level 2 Appeal.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre plazos de decisión.

• Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o realiza otra apelación. Si decide continuar a una apelación de segundo nivel, la Entidad independiente de revisión (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, su solicitud de apelación debe estar por escrito. En la carta que enviamos sobre nuestra decisión en la Level 1 Appeal se explicará cómo solicitar una Level 2 Appeal.
- Cuando hace una apelación a la IRE, les enviamos a ellos su expediente del caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso y, para ello, debe llamar a Servicios para los Miembros al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
- Tiene derecho a proporcionarle a la IRE información adicional para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Los revisores de la IRE examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que se explique su decisión.

El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es “reconsideración”.

Plazos para una “apelación rápida” de nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida a la Entidad independiente de revisión (IRE) una “apelación rápida”.
- Si la IRE acepta darle una “apelación rápida”, debe darle una respuesta a su apelación de segundo nivel en un plazo de 72 horas de haber recibido su solicitud de apelación.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura para el medicamento en un plazo de 24 horas después de haber recibido la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” de nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días calendario después de recibir su apelación o 14 días si usted solicitó que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura para el medicamento en un plazo de 72 horas después de haber recibido la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud de hacerle un reembolso por un medicamento que usted ya adquirió, le enviaremos el pago dentro de 30 días desde haber recibido la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente rechaza su apelación de nivel 2?

El **rechazo** significa que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se conoce como "confirmar la decisión". También se llama "rechazo de la apelación".

Si desea continuar al tercer nivel del proceso de apelaciones, los medicamentos que está solicitando deben cumplir un valor monetario mínimo. Si el valor monetario es menor que el mínimo, no puede hacer más apelaciones. Si el valor monetario es suficientemente alto, puede pedir a una apelación de nivel 3. La carta que recibe de la IRE le dirá el valor monetario necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



• Sección 7: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada

Al internarse en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su doctor y el personal del hospital trabajarán con usted con el fin de prepararse para el día en que abandone el hospital. También ayudarán a organizar el cuidado que pueda necesitar después de dejar el hospital.

- El día que usted se va del hospital se denomina "fecha de alta".
- Su doctor o el personal del hospital le informarán su fecha de alta.

Si cree que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación más prolongada. Esta sección le dice cómo pedirla.

• Sección 7.1: Conozca sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días después de haber ingresado en el hospital, un asistente social o un enfermero le entregarán un aviso denominado "Un aviso importante de Medicare sobre sus derechos". Si no recibe esta notificación, solicítela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. También puede llamar a 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.

Lea esta notificación con cuidado y haga preguntas si no la entiende. El "aviso importante" le brinda información sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos los siguientes:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta. El derecho a conocer cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede acceder a ellos.
- Ser parte de cualquier decisión sobre la extensión de su hospitalización.
- Saber dónde informar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad del cuidado de su hospital.
- Apelar si piensa que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma del aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha del alta que su médico o el personal del hospital le podrían haber comunicado.

Conserve una copia de la notificación firmada de modo que tenga disponible la información si la necesita.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. También puede llamar a 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. The call is free.
- También puede ver el aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.
- Si necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros o a Medicare a los números antes mencionados.

• Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea que cubramos sus servicios de hospitalización por un tiempo mayor, debe solicitar una apelación. Una Quality Improvement Organization llevará a cabo la Level 1 Appeal para ver si su fecha de alta planificada es adecuada a nivel médico para usted. En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

Para realizar una apelación para cambiar su fecha de alta llame a Livanta al: 1-877-588-1123.

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad **antes** de retirarse del hospital y a más tardar en la fecha prevista del alta. “Un aviso importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad.

- **Si llama antes de retirarse**, se lo autorizará a permanecer en el hospital después de la fecha prevista del alta sin que deba pagar por ello, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad.
- **Si no llama para presentar una apelación** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, es posible que deba pagar todos los costos correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- **Si incumple el plazo** para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, en su lugar puede realizar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más detalles, consulte la Sección 7.4. en la página 198.

Panorama general: Cómo realizar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha del alta

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado al 1-877-588-1123 y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de dejar el hospital y antes de la fecha planificada para el alta.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Si la Organización para la mejora de la calidad no va a escuchar su solicitud para continuar su hospitalización, tal vez pueda pedir al California Department of Managed Health Care (DMHC) una Revisión médica independiente. Vaya a la Sección 5.4 en la página 176 para obtener información sobre cómo solicitarle una Revisión Médica Independiente al DMHC.

Queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y los plazos definidos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. También puede llamar al Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222. O puede llamar al Cal MediConnect Ombuds Program al 1-855-501-3077.

¿Qué es una Organización para la Mejora de la Calidad?

Es un grupo de doctores y otros profesionales de cuidado de la salud a los que les paga el Gobierno Federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

Solicitar una “revisión rápida”

Debe pedirle a la Organización para la Mejora de la Calidad una “**revisión rápida**” de su fecha del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que está pidiendo a la organización que use los plazos rápidos para una apelación en lugar de usar los plazos estándares.

El término legal para una “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Quality Improvement Organization le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar recibiendo cobertura después de la fecha de alta programada. No es necesario que prepare un documento por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores evaluarán su historial médico, hablarán con su doctor y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informan de su apelación, usted recibirá una carta que le da su fecha de alta planificada. En la carta se explican los motivos por los que su doctor, el hospital y nosotros creemos que es adecuado que usted reciba el alta en esa fecha.

El término legal para esta explicación escrita es “**Aviso detallado del alta**”. Puede obtener una muestra llamando a Servicios al Miembro al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. También 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. O puede ver un aviso de muestra en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

¿Qué sucede si aceptan su apelación?

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad **acepta** su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean necesarios por motivos médicos.

¿Qué sucede si rechazan su apelación?

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad **rechaza** su apelación, significa que la fecha prevista del alta es apropiada por motivos médicos. Si sucede esto, nuestra cobertura para sus servicios en hospitalización terminará al mediodía del día después de que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para la Mejora de la Calidad **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que deba pagar para continuar su hospitalización. El costo del cuidado hospitalario que usted tal vez tenga que pagar comienza al mediodía del día después de que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planeada, entonces puede hacer una apelación de segundo nivel.

• Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planeada, entonces puede hacer una apelación de segundo nivel. Debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente y pedir otra revisión.

Solicite la revisión de nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad **rechazó** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



revisión solo si permaneció en el hospital después de que finalizara la fecha de la cobertura del cuidado.

En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: 1-877-588-1123.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Los revisores de la Quality Improvement Organization tomarán una decisión dentro de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Panorama general: Cómo realizar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha del alta

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado al 1-877-588-1123 y solicite una otra revisión.

¿Qué sucede si aceptan su apelación?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que haya recibido desde el mediodía del día después de la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos seguir brindando cobertura para su atención para paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si rechazan su apelación?

Significa que la Quality Improvement Organization está de acuerdo con la decisión de nivel 1 y no la cambiará. En la carta que usted recibe, se explican los pasos que puede seguir si desea continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de segundo nivel, tal vez tenga que pagar el costo completo de su hospitalización después de su fecha planeada de alta.

También puede pedirle al DMHC una Revisión médica independiente para continuar su hospitalización. Vaya a la Sección 5.4 en la página 176 para obtener información sobre cómo solicitarle una Revisión Médica Independiente al DMHC.

• Sección 7.4: ¿Qué sucede si no cumplo con el plazo para la apelación?

Si no cumple un plazo de apelación, existe otra forma de realizar las apelaciones de primer y segundo nivel, llamadas apelaciones alternas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Apelación alternativa de nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Quality Improvement Organization, puede presentar una apelación ante nuestro plan y solicitar una "revisión rápida". La revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en vez de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información acerca de la hospitalización. Verificamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y respetó todas las normas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión. Esto significa que le daremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que pide una "revisión rápida".
- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios mientras sigan siendo necesarios por motivos médicos.
- También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de cuidado que recibió desde la fecha cuando le dijimos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos su revisión rápida**, estamos diciendo que la fecha prevista del alta era apropiada por motivos médicos. La cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que comunicamos que finalizaba dicha cobertura.
 - Si permaneció en el hospital después de la fecha prevista del alta, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de dicha fecha.
- Para asegurarnos de que estábamos siguiendo todas las reglas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la Entidad independiente de revisión. Cuando hacemos esto, significa que su caso irá automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Panorama general: Cómo realizar una apelación alternativa de nivel 1

Llame a nuestro número de Servicios al Miembro y solicite una "revisión rápida" de su fecha de alta del hospital.

Le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas.

El término legal para "revisión rápida" o "apelación rápida" es "**apelación acelerada**".

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Apelación alternativa de nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Enviaremos la información para su apelación de segundo nivel a la Entidad independiente de revisión (IRE), dentro de 24 horas de haberle comunicado nuestra decisión de primer nivel. Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 en la página 209 le dice cómo realizar un reclamo.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su “revisión rápida”. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión tomada.

- La IRE realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores suelen darle una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del Gobierno.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- Si la IRE **acepta** su apelación, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. También debemos continuar nuestra cobertura de sus servicios por todo el tiempo que sea necesario por motivos médicos.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta del hospital era apropiada por motivos médicos.
- La carta que reciba de la IRE le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles acerca de cómo proceder a la Level 3 Appeal, a cargo de un juez.

Panorama general: Cómo realizar una apelación alternativa de nivel 2

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Independent Review Entity.

También puede pedirle al DMHC una Revisión médica independiente para continuar su hospitalización. Vaya a la Sección 5.4 en la página 176 para obtener información sobre cómo solicitarle una Revisión Médica Independiente al DMHC. Puede solicitar una Revisión Médica Independiente además de una apelación nivel 3 o en lugar de esta.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Sección 8: Qué debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto

Esta sección es solo sobre los siguientes tipos de cuidado:

- Servicios de cuidado de la salud en el hogar.
- Cuidado de enfermería especializada en un centro para tal fin.
- Atención de rehabilitación que está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto implica que recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se recupera de una operación importante.
 - Al recibir cualquiera de estos tres tipos de cuidado, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos, siempre que el doctor indique que son necesarios.
 - Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos informarle antes de que sus servicios finalicen. Cuando se cancela la cobertura de ese cuidado, dejamos de pagar el costo del cuidado.

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

• Sección 8.1: Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura

Usted recibirá una notificación al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su cuidado. A esto se lo denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”.

- En la notificación por escrito se indica la fecha en la que dejaremos de cubrir el cuidado que recibe.
- En la notificación por escrito también se le informa cómo apelar contra esta decisión.

Usted o su representante debe firmar la notificación por escrito para demostrar que la recibió. Su firma **no** significa que usted esté de acuerdo con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Cuando su cobertura finalice, dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su cuidado.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



• Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su atención

Si piensa que estamos finalizando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

Antes de empezar su apelación, entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y de cumplir los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si cree que no cumplimos con los plazos, puede presentar un reclamo. La Sección 10 en la página 209 le dice cómo presentar un reclamo).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. O llame a su State Health Insurance Assistance Program al 1-800-434-0222.

Durante una apelación de primer nivel, una Organización para la mejora de la calidad revisará su apelación y decidirá si debe cambiar la decisión tomada por nosotros. En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: 1-877-588-1123. La información sobre cómo presentar una apelación ante la Organización para la Mejora de la Calidad también se incluye en el “Aviso de no cobertura de Medicare”. Es el aviso que recibió cuando le comunicaron que dejaríamos de cubrir su atención.

¿Qué es una Organización para la Mejora de la Calidad?

Es un grupo de doctores y otros profesionales de cuidado de la salud a los que les paga el Gobierno Federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

¿Qué debe solicitar?

Pídales una “apelación rápida”. Esta es una revisión independiente para saber si es médicamente adecuado que cancelemos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es su plazo para comunicarse con esta organización?

- Debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad a más tardar al mediodía del día después de recibir la notificación escrita que le dice cuándo pararemos de cubrir su cuidado.

Panorama general: Cómo realizar una apelación de nivel 1 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado al 1-877-588-1123 y solicite una “apelación por vía rápida”.

Llame a la agencia o al centro que le brinda el cuidado antes de irse y antes de su fecha de alta planificada.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Si incumple el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, en su lugar puede hacer una apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de hacer su apelación, vea la Sección 8.4 en la página 205.
- Si la Organización para la mejora de la calidad no va a escuchar su solicitud para continuar la cobertura de sus servicios de cuidado de la salud, tal vez pueda pedir al California Department of Managed Health Care (DMHC) una Revisión médica independiente.

Vaya a la Sección 5.4 en la página 176 para saber cómo pedir una Revisión médica independiente al Departamento.

El término legal para el aviso por escrito es **“Aviso de no cobertura de Medicare”**.

Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para los Miembros al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

También 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. O puede ver una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué piensa que debe continuar la cobertura para los servicios. No es necesario que prepare un documento por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Cuando pida una apelación, el plan debe escribirle una carta a usted y a la Organización para la mejora de la calidad que explique por qué sus servicios deben concluir.
- Los revisores también evaluarán su historial médico, hablarán con su doctor y revisarán la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- **Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.** Usted recibirá una carta en la que se explica la decisión.

El término legal para la carta en la que se explica por qué sus servicios deben finalizar es **“Explicación detallada de no cobertura”**.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo necesarios por motivos médicos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que finaliza su cobertura, usted mismo deberá pagar el costo total de esta atención.

• Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su atención

Si la Organización para la Mejora de la Calidad **rechaza** su apelación **y** usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura para la atención finaliza, puede realizar una apelación de nivel 2.

Durante la apelación de segundo nivel, la Organización para la mejora de la calidad revisará de nuevo la decisión que tomaron en el primer nivel. Si están de acuerdo con la decisión del primer nivel, puede tener que pagar el costo total de su cuidado de la salud en el hogar, el cuidado en centro de enfermería especializada o los servicios de un Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) después de la fecha cuando dijimos que su cobertura finalizaría.

En California, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: 1-877-588-1123. Solicite la revisión de nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad **rechazó** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continúa recibiendo cuidado después de la fecha de finalización de su cobertura para el cuidado.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para la Mejora de la Calidad tomará su decisión en 14 días calendario a partir del recibo de su solicitud de apelación.

Panorama general: Cómo realizar una apelación de nivel 2 para solicitarle al plan que cubra su atención durante un período más prolongado

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado al 1-877-588-1123 y solicite una otra revisión.

Llame a la agencia o al centro que le brinda el cuidado antes de irse y antes de su fecha de alta planificada.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos seguir brindándole cobertura para su atención durante el tiempo que sea necesario por motivos médicos.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión tomada respecto de su Level 1 Appeal y que no modificará tal decisión.
- En la carta que usted recibe, se explican los pasos que puede seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles acerca de cómo proceder a la Level 3 Appeal, a cargo de un juez.
- También podría solicitarle una Revisión Médica Independiente al DMHC para continuar la cobertura de sus servicios de atención médica. Vaya a la Sección 5.4 en la página 176 para obtener información sobre cómo solicitarle una Revisión Médica Independiente al DMHC. Usted puede pedir una Revisión médica independiente además de o en lugar de una apelación de tercer nivel.

• Sección 8.4: ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

Si no cumple un plazo de apelación, existe otra forma de realizar las apelaciones de primer y segundo nivel, llamadas apelaciones alternas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Apelación alternativa de nivel 1 para continuar con su atención durante un período más prolongado

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Quality Improvement Organization, puede presentar una apelación ante nuestro plan y solicitar una "revisión rápida". La revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en vez de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información acerca de su cuidado de la salud en el hogar, cuidado en centro de enfermería especializado, o cuidado que está recibiendo en un Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF). Verificamos si la decisión sobre cuándo deberían finalizar sus servicios fue justa y cumplió con todas las normas.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión. Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de su solicitud de una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que hemos aceptado seguir cubriendo los servicios mientras sean necesarios por motivos médicos.
- También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de cuidado que recibió desde la fecha cuando le dijimos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos** su revisión rápida, estamos diciendo que la interrupción de sus servicios era apropiada por motivos médicos. Nuestra cobertura de los servicios finalizará a partir del día en que comunicamos que finalizaría.

Panorama general: Cómo realizar una apelación alternativa de nivel 1

Llame a nuestro número de Servicios al Miembro y solicite una “revisión rápida”.

Le daremos nuestra respuesta dentro 0 horas.

Si continúa recibiendo servicios después del día en que le informamos que se interrumpirían, **es posible que deba pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de que estábamos siguiendo todas las reglas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Cuando hacemos esto, significa que su caso irá automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

Apelación alternativa de nivel 2 para continuar con su atención durante un período más prolongado

Enviaremos la información para su apelación de segundo nivel a la Entidad independiente de revisión (IRE), dentro de 24 horas de haberle comunicado nuestra decisión de primer nivel. Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 en la página 209 le dice cómo realizar un reclamo.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su “revisión rápida”. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión tomada.

- La IRE realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores suelen darle una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE acepta** su apelación, debemos reembolsarle nuestra parte del costo de la atención. Además, debemos seguir cubriendo sus servicios mientras sea necesario por motivos médicos.
- **Si la IRE rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la interrupción de la cobertura de los servicios era apropiada por motivos médicos.

Panorama general: Cómo realizar una apelación de nivel 2 para solicitarle al plan que continúe con su atención

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Independent Review Entity.

La carta que reciba de la IRE le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles acerca de cómo proceder a la Level 3 Appeal, a cargo de un juez.

También puede pedirle al DMHC una Revisión médica independiente para continuar la cobertura de sus servicios de cuidado de la salud. Vaya a la Sección 5.4 en la página 176 para obtener información sobre cómo solicitarle una Revisión Médica Independiente al DMHC. Usted puede pedir una Revisión médica independiente además de o en lugar de una apelación de tercer nivel.

Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2

• Sección 9.1: Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 para los servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, tiene derecho a acceder a niveles adicionales de apelación. En la carta que recibe de la Independent Review Entity, se explica lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

El tercer nivel del proceso de apelación es una audiencia ante un Juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en la apelación de Nivel 3 es un juez administrativo o abogado mediador. Si quiere que un juez administrativo o un abogado mediador revise su caso, el artículo o servicio médico que solicita debe alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá continuar con la apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedirle a un juez administrativo o un abogado mediador que se ocupe de su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del juez administrativo (ALJ) o abogado mediador, puede recurrir al Consejo de apelaciones de Medicare. Luego de esto, es posible que tenga derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, póngase en contacto con el Cal MediConnect Ombuds Program al 1-855-501-3077.

• **Sección 9.2: Próximos pasos para los servicios y artículos de Medi-Cal**

También puede tener más derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que podrían estar cubiertos por Medi-Cal. Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia del estado y quiere que otro juez la revise, puede pedir una nueva audiencia y/o buscar una revisión judicial.

Para pedir una nueva audiencia, envíe por correo una solicitud escrita (una carta) a:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95815

Esta carta debe ser enviada en un plazo de 30 días después de que usted recibe su decisión. Se puede extender el plazo por hasta 180 días si usted tiene un buen motivo para retrasarse.

En su solicitud de nueva audiencia, establezca la fecha en que recibió su decisión y por qué se debería conceder una nueva audiencia. Si desea presentar evidencia adicional, describa la evidencia adicional y explique por qué no fue presentada antes y cómo cambiaría la decisión. Puede ponerse en contacto con servicios legales para que le den asistencia.

Para pedir una revisión judicial, debe presentar una petición en la Corte Superior (bajo el Code of Civil Procedure Section 1094.5) en un plazo de un año después de recibir su decisión. Presente su petición en la Corte Superior para el condado nombrado en su decisión. Puede presentar esta petición sin pedir una nueva audiencia. No se requieren honorarios de presentación. Usted puede tener derecho a honorarios y costos razonables de abogados si la Corte emite una decisión final a su favor.

Si se escuchó una nueva audiencia y usted no está de acuerdo con la decisión de la nueva audiencia, puede buscar revisión judicial pero no puede solicitar otra nueva audiencia.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Sección 10: Cómo realizar un reclamo

¿Sobre qué tipos de problemas deben ser los reclamos?

El proceso de reclamos se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se describen algunos ejemplos de las clases de problemas que se resuelven mediante el proceso de reclamos.

Reclamos sobre la calidad

- No está satisfecho con la calidad de cuidados, tal como el cuidado que recibió en el hospital.

Reclamos sobre la privacidad

- Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Reclamos sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor o personal de cuidado de la salud fue descortés o irrespetuoso con usted.
- El personal de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan lo trató de forma deficiente.
- Cree que desean que salga del plan.

Reclamos sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención médica y a los centros en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le ofrece una adaptación razonable a sus necesidades, como un intérprete de lenguaje de señas americano.

Reclamos sobre los tiempos de espera

- Tiene problemas para programar una cita o hay demasiada espera para programarla.
- Ha esperado demasiado tiempo a los doctores, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o a Servicios al Miembro u otro miembro del personal.

Reclamos sobre la limpieza

- Usted piensa que en la clínica, el hospital o el consultorio del doctor no hay limpieza.

Panorama general: Cómo realizar un reclamo

Usted puede realizar un reclamo interno ante nuestro plan o un reclamo externo ante una organización que no tenga relación con nuestro plan.

Para hacer un reclamo interno, llame a Servicios al Miembro o envíenos una carta.

Hay diferentes organizaciones que manejan los reclamos externos. Para obtener más información, lea la Sección 10.2 en la página 212.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Reclamos sobre el acceso en otros idiomas

- Su doctor o proveedor no le ofrece un intérprete durante su cita.

Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Usted cree que no le hemos enviado un aviso o carta que tendría que haber recibido.
- Usted cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Reclamos sobre la puntualidad de nuestras acciones en relación con decisiones de cobertura o apelaciones

- Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
- Cree que, después de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos.
- Cree que no presentamos su caso a la Entidad independiente de revisión en forma oportuna.

El término legal para un “reclamo” es una “**queja**”.

El término legal para “realizar un reclamo” es “**presentar una queja**”.

¿Existen diferentes tipos de reclamos?

Sí. Puede presentar un reclamo interno y/o un reclamo externo. Un reclamo interno es presentado ante y revisado por nuestro plan. Un reclamo externo es presentado ante y revisado por una organización que no está afiliada a nuestro plan. Si necesita ayuda para realizar un reclamo interno o externo, puede comunicarse con el Cal MediConnect Ombuds Program al 1-855-501-3077.

• **Sección 10.1: Reclamos internos**

Para hacer un reclamo interno, llame a Servicios para los Miembros al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Puede hacer un reclamo en cualquier momento a menos que sea acerca de un medicamento de la Parte D. Si el reclamo es acerca de un medicamento de la Parte D, debe presentarlo **en un plazo de 60 días calendario** después de que tuvo el problema por el que desea reclamar.

- Si necesita hacer otra cosa, Member Services se lo informará.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- También puede escribir su reclamo y enviárnoslo. Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito. Puede escribir o enviar un fax a:

Appeals and Grievances Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

4361 Irwin Simpson Road

Mail Stop OH0205-A537 Mason,

OH 45040-9549

Fax: 1-888-458-1406

- Los reclamos relacionados con la Parte D de Medicare deben realizarse dentro de los 60 días calendario posteriores al problema sobre el que desea presentar el reclamo.
- Si no podemos resolver su reclamo en el siguiente día hábil, le enviaremos una carta notificándole que la recibimos.
- Si está realizando un reclamo porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, o necesitamos más tiempo para decidir sobre su cobertura o considerar su apelación de un servicio, le diremos cómo realizar un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en 24 horas.

El término legal para un “reclamo rápido” es “queja acelerada”.

De ser posible, le responderemos inmediatamente. Si nos llama por una queja, probablemente podamos darle una respuesta en esa misma llamada. Si su estado de salud requiere que le brindemos una respuesta rápida, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en un plazo de 30 días calendario porque necesitamos más información, le notificaremos por escrito. También le proporcionaremos una actualización del estatus y un tiempo estimado para que usted reciba la respuesta.
- Si está haciendo un reclamo porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en 24 horas.
- Si está haciendo un reclamo porque tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le daremos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con la totalidad o parte de su reclamo, se lo comunicaremos y le daremos nuestras razones. Responderemos si aceptamos el reclamo o no.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



• Sección 10.2: Reclamos externos

También puede informarle a Medicare acerca de su reclamo

Puede enviar su reclamo a Medicare. El formulario de reclamo de Medicare está disponible en: <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Medicare toma sus reclamos con seriedad y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

También puede informarle a Medi-Cal acerca de su reclamo

El Cal MediConnect Ombuds Program también ayuda a resolver problemas desde un punto de vista neutral para asegurarse de que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos que debemos proporcionar. El Programa Cal MediConnect Ombuds no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

El número de teléfono del Programa de Defensoría de Cal MediConnect es 1-855-501-3077. Los servicios son gratuitos.

Puede informarle al Departamento de Atención Médica Administrada de California acerca de su reclamo

El Departamento de Atención Médica Administrada (California Department of Managed Health Care, DMHC) de California es responsable de regular los planes médicos. Puede llamar al Centro de ayuda del DMHC para obtener ayuda con respecto a los reclamos que tenga sobre los servicios de Medi-Cal. Puede comunicarse con el DMHC si necesita ayuda con un reclamo que implique un asunto urgente o uno que implique una amenaza grave e inminente a su salud, si no está de acuerdo con una decisión que nuestro plan tomó respecto de su reclamo o si nuestro plan no ha resuelto un reclamo en el plazo de 30 días calendario.

Estas son dos formas para recibir ayuda del Centro de Ayuda:

- Llame al 1-888-325-1024. Las personas que son sordas, que tienen problemas auditivos o dificultades del habla pueden usar el número TTY gratuito 1-877-688-9891. The call is free.
- Visite la página web del Departamento de Atención Médica Administrada (<http://www.HealthHelp.ca.gov>).

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles

También puede presentar un reclamo por derechos civiles ante Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre acceso para discapacitados o asistencia con idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com. 212



al 1-800-537-7697. También puede visitar <https://www.hhs.gov/ocr/index.html> para obtener más información.

También puede contactar a la oficina local de la Office for Civil Rights local al:

The Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights: U.S. Department of Health & Human Services
50 United Nations Plaza - Room 322
San Francisco, CA 94102

También puede tener derechos bajo la Americans with Disability Act y bajo otras leyes que aplican a organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra regla que aplique por cualquier otro motivo. Puede ponerse en contacto con el Cal MediConnect Ombuds Program para que le den asistencia. Número de teléfono: 1-855-501-3077.

Puede presentar un reclamo ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su reclamo es sobre calidad del cuidado, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede hacer su reclamo sobre la calidad de cuidado que recibió directamente a esta organización (sin hacer el reclamo ante nosotros).
- O puede realizar su reclamo ante nosotros y ante la Organización para la Mejora de la Calidad. Si presenta un reclamo ante esta organización, trabajaremos en conjunto para resolverlo.

La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para la mejora de la calidad, consulte el Capítulo 2.

En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es 1-877-588-1123.



Capítulo 10:Cancelación de la membresía en nuestro Cal MediConnect Plan

Introducción

En este capítulo se mencionan formas en las que puede cancelar la membresía en nuestro Cal MediConnect Plan; también se incluyen las opciones de cobertura después de abandonar el plan. Si deja nuestro plan, seguirá inscrito en los programas de Medicare y Medi-Cal, siempre y cuando sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Cuándo puede poner fin a su membresía en nuestro Cal MediConnect Plan	215
B. Cómo poner fin a su membresía en nuestro Cal MediConnect Plan	216
C. Cómo ingresar a un Cal MediConnect Plan distinto.....	216
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado	216
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare	216
D2. Cómo obtener sus servicios de Medi-Cal	218
E. Siga recibiendo sus servicios médicos y de medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía	219
F. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro Cal MediConnect Plan	219
G. Reglas para evitar que le pidamos que abandone nuestro Cal MediConnect Plan por cualquier motivo relacionado con su salud	220
H. Su derecho a realizar un reclamo si ponemos fin a su membresía en nuestro plan.....	221
I. Cómo obtener más información sobre la finalización de su membresía en el plan	221

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com. 214



A. Cuándo puede poner fin a su membresía en nuestro Cal MediConnect Plan

Puede finalizar su membresía en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan de Medicare Advantage, inscribiéndose en otro Cal MediConnect Plan o cambiándose a Original Medicare.

Su membresía se cancelará el último día del mes en el que recibamos su solicitud para cambiar de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finalizará el 31 enero. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes (1 de febrero, en este ejemplo).

Cuando termine su membresía en nuestro plan, usted continuará estando inscrito en Anthem Blue Cross para sus servicios de Medi-Cal, a menos que elija un Cal MediConnect Plan distinto o un plan distinto exclusivo de Medi-Cal. También puede elegir sus opciones de inscripción en Medicare cuando pone fin a su membresía en nuestro plan. Si abandona nuestro plan, puede recibir información sobre lo siguiente:

- Las opciones de Medicare en la tabla de la página 217.
- Los servicios de Medi-Cal en la página 218.

Puede obtener más información sobre cómo cancelar su membresía de las siguientes maneras:

- Llame a Servicios para los Miembros al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Llame al programa State Health Insurance Assistance Program (SHIP), que incluye el programa California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (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 <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.
- Llame al Cal MediConnect Ombuds Program al 1-855-501-3077, de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: A partir del 1 de enero de 2019, si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



B. Cómo poner fin a su membresía en nuestro Cal MediConnect Plan

Si usted decide terminar su membresía, dígame a Medi-Cal o a Medicare que usted desea abandonar Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan:

- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días a la semana. Los usuarios de TTY (las personas sordas, con problemas de audición o con problemas del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Puede encontrar más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare cuando usted abandona nuestro plan en la tabla de la página 217.

C. Cómo ingresar a un Cal MediConnect Plan distinto

Si desea continuar recibiendo los beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos de un solo plan, puede inscribirse en un Cal MediConnect Plan diferente.

Para inscribirse en un Cal MediConnect Plan diferente:

- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Dígame que usted desea abandonar Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan e ingresar a un Cal MediConnect Plan distinto. Si no está seguro en qué plan quiere inscribirse, pueden informarle otros planes disponibles en su área.

Su cobertura con Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan terminará el último día del mes en que recibimos su solicitud.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Si no desea inscribirse en un Cal MediConnect Plan distinto después de abandonar Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.

D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Podrá elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare.

Dispone de tres opciones para obtener los servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente pondrá fin a su membresía con nuestro Cal MediConnect Plan.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



<p>1. Puede cambiarse a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare (tal como un plan Medicare Advantage) o, si cumple con los requisitos de elegibilidad y vive dentro del área de servicio, un Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el nuevo plan de salud exclusivo de Medicare.</p> <p>Si tiene preguntas sobre PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Su inscripción en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan será cancelada automáticamente cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.</p>
<p>2. Puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Su inscripción en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan será cancelada automáticamente cuando inicie su cobertura de Original Medicare.</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare</p> <p>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.</p> <p>Solo debe cancelar su cobertura para medicamentos recetados si recibe cobertura para medicamentos de un empleador, sindicato u otra fuente. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Su inscripción en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan será cancelada automáticamente cuando inicie su cobertura de Original Medicare.</p>
--	--

D2. Cómo obtener sus servicios de Medi-Cal

Si abandona nuestro Cal MediConnect Plan, 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 conductual.

Si desea elegir un plan diferente para sus servicios de Medi-Cal, debe informarlo a Health Care Options cuando solicite la cancelación de su membresía en nuestro Cal MediConnect Plan.

- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Dígalos que usted desea abandonar Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan e ingresar a un plan Medi-Cal distinto. Si no está seguro en qué plan quiere inscribirse, pueden informarle otros planes disponibles en su área.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Cuando usted termina su membresía en nuestro Cal MediConnect Plan, recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro, un nuevo *Manual del miembro* y un nuevo *Directorio de proveedores y farmacias* para su cobertura de Medi-Cal.

E. Siga recibiendo sus servicios médicos y de medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía

Si abandona Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, puede tomar un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Consulte la página 215 para obtener más información. Durante este tiempo, continuará obteniendo su atención médica y sus medicamentos a través de nuestro plan.

- **Debe utilizar las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.** Usualmente, sus medicamentos recetados están cubiertos solamente si se surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia con pedido por correo.
- **Si es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, por lo general, nuestro Cal MediConnect Plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta.** Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den el alta.

F. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro Cal MediConnect Plan

Estos son los casos en los que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan debe finalizar su membresía en el plan:

- Si se produce una interrupción en la cobertura de las Partes A y B de Medicare.
- Si ya no cumple con los requisitos para Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que cumplen con los requisitos tanto para Medicare como para Medi-Cal. Si ya no reúne los requisitos para las Partes A y B de Medicare ni para los beneficios completos de Medi-Cal, tiene otras opciones para su atención. Consulte el Capítulo 10, Sección D.
- Si usted se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a Servicios al Miembro para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si lo encarcelan por un delito penal.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga para medicamentos recetados.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o su permanencia en los Estados Unidos no es legal.

Para ser miembro de nuestro plan, debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener una permanencia legal en este país. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) nos notificarán si no reúne los requisitos para seguir siendo miembro con respecto a este punto. Si no cumple con este requisito, debemos cancelar su inscripción.

Si ya no califica para Medi-Cal o sus circunstancias han cambiado de modo que usted ya no es elegible para Cal MediConnect, puede continuar recibiendo sus beneficios de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan por un periodo adicional de dos meses. Este período adicional le permitirá corregir su información de elegibilidad si cree que aún es elegible. Recibirá una carta de nuestra parte acerca del cambio en su elegibilidad con instrucciones para corregir dicha información.

- Para permanecer como miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, usted debe calificar nuevamente antes del último día del periodo de dos meses.
- Si no califica antes del final del periodo de dos meses, su inscripción en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan será cancelada.

Podemos hacerlo abandonar nuestro plan por las siguientes razones solo si recibimos antes permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si nos da, intencionalmente, información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si, permanentemente, se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica.
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

G. Reglas para evitar que le pidamos que abandone nuestro Cal MediConnect Plan por cualquier motivo relacionado con su salud

Si piensa que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los siete días de la semana.

También debe **llamar al Cal MediConnect Ombuds Program** al 1-855-501-3077, de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



H. Su derecho a realizar un reclamo si ponemos fin a su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro Cal MediConnect Plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede buscar en el Capítulo 9 información sobre cómo presentar un reclamo.

I. Cómo obtener más información sobre la finalización de su membresía en el plan

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- Llame a Servicios al Miembro al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.
- Llame al programa Cal MediConnect Ombuds Program al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Capítulo 11. Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Aviso sobre leyes	223
B. Aviso sobre no discriminación	223
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso	223



A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aun si las leyes no están incluidas ni explicadas en este manual. Las principales leyes que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Medi-Cal. Es posible que también rijan otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

Todas las empresas o agencias que trabajan con Medicare y Medi-Cal deben cumplir con las leyes. No puede ser tratado de manera diferente debido a su edad, experiencia en reclamaciones, color, credo, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica, estado de salud, historia clínica, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión o sexo. Tampoco puede ser tratado de manera distinta en función de su orientación sexual, estado civil, estado de embarazo y de veterano cubierto. Todas las organizaciones como nuestro plan deben acatar las leyes federales contra la discriminación, esto incluye el Título VI de la Ley de derechos civiles de 1964, la Ley de rehabilitación de 1973, la Ley de discriminación por edad de 1975, la Ley de estadounidenses con discapacidades, todas las otras leyes que rigen a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualesquiera otras leyes y normas que rijan por cualquier otro motivo.

Si siente que no se lo ha tratado con imparcialidad por alguna de estas razones, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso

A veces, alguien tiene que pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación laboral tienen que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare en los que Medicare no es el pagador principal.

El Cal MediConnect Program cumple con las leyes y las regulaciones estatales y federales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros respecto de los servicios de atención médica a los beneficiarios. Tomaremos todas las medidas razonables para garantizar que el programa Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados a lo largo de todo el *Manual del miembro* con sus definiciones. Los términos se encuentran ordenados alfabéticamente. Si no puede encontrar un término que busca o si necesita más información de la que incluye la definición, póngase en contacto con los Servicios al Miembro.

Actividades de la vida cotidiana (ADL): las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administrador de casos: persona principal que trabaja con usted, el plan de salud y sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

Apelación: Una forma de cuestionar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede solicitar que cambiemos una decisión de cobertura si presenta una apelación. En el Capítulo 9 se explican las apelaciones, incluso cómo realizar una apelación.

Área de servicio: Área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que son proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y son necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Atención de urgencia: Atención que recibe para una enfermedad, lesión o afección repentina que no sea una emergencia, pero que necesita atención inmediatamente. Puede acceder a la atención necesaria de forma urgente por parte de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o usted no pueda acudir a ellos.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados de forma constante y todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centro de enfermería especializado incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que una enfermera certificada o un médico pueden colocarle.

Audiencia estatal: Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de Medi-Cal que no aprobaremos o si dejamos de pagar un servicio de Medi-Cal que ya tiene, usted tiene derecho a solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal es a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al

1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Autorización previa: Aprobación de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específicos o ver a un proveedor fuera de la red. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan podría no cubrir el servicio o medicamento si usted no obtiene aprobación.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una autorización previa de nuestro plan.

- En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan.

Algunos medicamentos se cubren únicamente si obtiene nuestra autorización previa.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Auxiliar de salud en el hogar: Una persona que brinda servicios que no requieren habilidades de un enfermero o terapeuta licenciado, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios indicados). Los auxiliares de atención médica a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Cal MediConnect: Un programa que proporciona beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos en un solo plan de salud. Tiene una sola tarjeta de identificación de miembro para todos sus beneficios.

Cancelación de la inscripción: El proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Capacitación en competencia cultural: capacitación que proporciona una instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus orígenes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales y relacionadas con el idioma.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro que brinda servicios de cirugía para pacientes ambulatorios a quienes no necesitan atención hospitalaria y que, según se prevé, no necesitarán más de 24 horas de atención.

Centro de enfermería especializada (SNF): un centro de atención de enfermería con el personal y el equipo necesarios para brindar una atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios especializados de rehabilitación y otros servicios médicos relacionados.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que brinda, principalmente, servicios de rehabilitación luego de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): Agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Copago: Un monto fijo que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe ciertos medicamentos recetados. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un medicamento recetado.

Costo compartido diario: costo que es posible que se aplique cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes.

A continuación, le presentamos un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es \$1.25.. Esto significa que la cantidad que paga por su medicamento es un poco más de \$0.04 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será un poco más de \$0.04 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de \$0.29.

Costo compartido: Montos que usted tiene que pagar cuando recibe ciertos medicamentos recetados. El costo compartido incluye los copagos.

Costos de su bolsillo: el requisito de costo compartido para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que reciben, también se denomina requisito de costo “de su bolsillo”. Consulte la definición sobre “costo compartido”, arriba.

Cuidados paliativos: Un programa de atención y soporte para ayudar a las personas que tienen un diagnóstico de enfermedad terminal a vivir de manera cómoda. Un diagnóstico de enfermedad terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y que se espera que viva seis meses o menos.

- Un afiliado con un diagnóstico de enfermedad terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores brinda atención para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan debe darle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre los servicios y medicamentos cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC): Departamento del Estado en California que es responsable de regular los planes médicos. El DMHC ayuda a las personas en Cal MediConnect con las apelaciones y reclamos relacionados con los servicios de Medi-Cal. El DMHC también realiza las Revisiones médicas independientes (IMR).

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS): Departamento del Estado en California que administra el programa Medicaid (denominado Medi-Cal en California) al que, por lo general, se lo llama “el Estado” en este manual.

Determinación de la organización: El plan toma una determinación de la organización cuando esta o uno de sus proveedores toman una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en esta guía. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Distribución de costos: La parte de sus costos de atención médica que es posible que deba pagar todos los meses antes de que los beneficios de Cal MediConnect entren en vigencia. El monto de su participación en los costos dependerá de sus ingresos y recursos.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, piensa que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, pérdida de una parte del cuerpo o pérdida de la función de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor agudo.

Equipo de atención interdisciplinaria (ICT o Equipo de atención): Un equipo de atención puede incluir doctores, enfermeros, asesores u otros profesionales médicos que están para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también lo ayudará a crear un plan de atención.

Equipo de atención: Consulte “Equipo interdisciplinario de atención”.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que el médico solicita para que usted use en su hogar. Algunos ejemplos de estos artículos son: sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generar el habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: Un médico que brinda atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo.

Etapas de cobertura catastrófica: Etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D en la que el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Comienza esta etapa cuando usted alcanza el límite de \$5,100 para sus medicamentos recetados.

Etapas de cobertura inicial: la etapa previa a que sus gastos totales de medicamentos de la Parte D alcancen los \$5,100. Esto incluye los montos que usted ha pagado, lo que nuestro plan ha pagado en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Comienza en esta etapa cuando surte la primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com. 227



Evaluación de riesgos para la salud: Una revisión de la afección actual y de la historia clínica del paciente. Se utiliza para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Extra Help (ayuda adicional): es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La ayuda adicional también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Facturación del saldo: Situación en la que un proveedor (un médico o el hospital) factura a la persona más que el monto del costo compartido del plan para los servicios. Como miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, usted solo debe pagar los montos de costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le cobren el saldo a usted. Llame a Servicios al Miembro si recibió alguna factura que no comprende.

Facturación inadecuada/inapropiada: Situación en la que un proveedor (un médico u hospital) le factura un monto superior al costo compartido del plan para los servicios. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado. Llame a Servicios al Miembro si recibe alguna factura que no entiende.

Como miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, usted solo debe pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores que le facturen a usted más de este monto.

Farmacia de la red: Farmacia que ha aceptado surtir las recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Hogar o asilo de ancianos: Un lugar que proporciona atención para personas que no pueden obtener atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Información personal de salud (también denominada Información médica protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historia clínica. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan para obtener más información sobre cómo Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan protege, utiliza y divulga su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Ingresos de seguridad complementaria (SSI): Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad: Límite sobre la cantidad de un medicamento que puede recibir. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Una lista de los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la colaboración de médicos y farmacéuticos. En la Lista de medicamentos, también se indica si existen reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se denomina “formulario”.

Manual del miembro e información de divulgación: En este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto o cláusula adicional, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Medicamento de marca: un medicamento recetado que fabrica y vende la compañía que originalmente creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos componentes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos por lo general son fabricados y vendidos por otras compañías de medicamentos.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado que está aprobado por el gobierno federal para que se utilice en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos componentes que su equivalente de marca. Por lo general, es más económico y es tan eficaz como su equivalente de marca.

Medicamentos cubiertos: Término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos que pueden estar cubiertos en la Parte D de Medicare. El Congreso específicamente excluye ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Medi-Cal puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre hacen referencia a cualquier medicamento que una persona puede comprar sin receta de un profesional de atención médica.

Medicare: programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de atención médica administrada (consulte “Plan médico”).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona con Medicare y Medi-Cal que cumple con los requisitos para obtener servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el Estado.

Modelo de atención: La coordinación y guía de las actividades de atención médica de un paciente que se brindan a través de un equipo de atención médica que incluye al paciente y a toda persona involucrada en la atención del paciente.

Necesario por motivos médicos de Medi-Cal: o “necesidad médica” significa tipos de servicios razonables y necesarios para proteger la vida, evitar que el paciente se enferme gravemente o quede discapacitado, o reducir dolor intenso. Es coherente con estándares generalmente aceptados de práctica médica apoyados por evidencia científicamente creíble y bibliografía revisada por colegas.

Necesario por motivos médicos: Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra autorización por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren de una aprobación previa aparecen marcados en el cuadro de beneficios médicos. Cuando tomamos una decisión, nos basamos en dos cosas. Primero, las reglas de Medicare. Segundo, existen estándares de práctica médica generalmente aceptados. Estos estándares están probados y aceptados por aquellos que practican y estudian medicina. También debemos asegurarnos de que usted obtenga la atención más económica. Esto significa que no sea más costosa que otra opción que funcionaría igual de bien. Pero también necesitamos que sea la adecuada para usted. Y que usted la reciba en el lugar correcto y la cantidad correcta de veces. Por último, no podemos aprobar un servicio solo porque es más conveniente que otra opción. Usted debe contar con nuestra aprobación antes de recibir atención de proveedores que no pertenecen al plan, a menos que sea atención de urgencia, atención de emergencia o diálisis renal fuera del área de servicio. Para encontrar un proveedor en nuestro plan, consulte nuestro Directorio de proveedores y farmacias en línea o llame a Servicios para los Miembros. Si tiene una remisión o considera que necesita usar un proveedor que no está en nuestro plan, debe llamarnos para obtener nuestra aprobación antes de recibir la atención.

Nivel de costo compartido: Grupo de medicamentos con el mismo copago. Todo medicamento en la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como la Lista de medicamentos) se encuentra en uno de *cuatro* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Todo medicamento de la *Lista de medicamentos cubiertos* se encuentra en uno de cuatro niveles.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Ombudsman: Una oficina en su Estado que funciona como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o un reclamo, y puede ayudarlo a comprender qué hacer. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. Puede encontrar más información acerca del Cal MediConnect Ombuds Program en los Capítulos 2 y 9 de este manual.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que reciben los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan de pago por servicio de Medicare): Original Medicare es ofrecido por el gobierno. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede consultar a cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todas partes en los EE. UU.
- Si usted no desea formar parte de nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Paciente hospitalizado: Un término usado cuando usted ha sido admitido formalmente en el hospital para servicios médicos especializados. Si no fuese ingresado formalmente, puede ser considerado un paciente ambulatorio en vez de un paciente hospitalizado, aunque usted permanezca durante la noche.

Pago de ayuda pendiente: Usted puede continuar recibiendo sus beneficios mientras espera una decisión sobre una apelación de primer nivel o una audiencia del Estado (consulte el Capítulo 9 para obtener más información). Esta continuación de la cobertura se denomina “pago de ayuda pendiente”.

Parte A: Consulte “Parte A de Medicare”.

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención necesaria por motivos médicos en hospitales, centros de atención de enfermería especializada, atención médica a domicilio y cuidados paliativos.

Parte B: Consulte “Parte B de Medicare”.

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y caminadores) que son necesarios por motivos médicos para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C: Consulte “Parte C de Medicare”.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Parte C de Medicare: El programa de Medicare que les permite a las compañías de seguro de salud privadas brindar beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Parte D: Consulte “Parte D de Medicare”.

Parte D de Medicare: El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Nosotros lo denominamos "Parte D" para abreviarlo). La Parte D cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare o Medi-Cal. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan incluye la Parte D de Medicare.

Persona inscrita en Medicare-Medi-Cal (Doble elegibilidad): Una persona que cumple con los requisitos para la cobertura de Medicare y Medi-Cal. Una persona inscrita en Medicare-Medi-Cal también se denomina “beneficiario con doble elegibilidad”.

Plan de atención: Consulte “Plan de atención personalizado”.

Plan de atención individualizado (ICP o Plan de atención): Un plan con los servicios que recibirá y la manera en que los obtendrá. El plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y soportes a largo plazo.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene administradores de casos para ayudarle a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

Plan Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA Plans”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Planes del Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y los de Medi-Cal juntos para las personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en sus hogares.

Planes Medi-Cal: Planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y soportes a largo plazo, equipos médicos y servicios de transporte. Los beneficios de Medicare están separados.

Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (HICAP): Un programa que brinda información y asesoramiento gratuito y objetivo sobre Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo ponerse en contacto con el HICAP.

Programa Multipropósito de Servicios para Personas de la Tercera Edad (MSSP): un programa que proporciona Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) a personas elegibles para Medi-Cal que tengan 65 años o más con discapacidades como alternativa a la colocación en un centro de atención de enfermería.

Prótesis y ortótica: Son los dispositivos médicos que indica su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos.
- En muchos planes médicos de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a otro proveedor de atención médica.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener información acerca de cómo recibir atención médica de proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que utilizamos para los médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. el término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

- Cuentan con licencias o certificados de Medicare y del Estado para brindar servicios de atención médica.
- Los llamamos "proveedores de la red" cuando aceptan trabajar con el plan médico y aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros un monto adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se los denomina “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Proveedor o centro que nuestro plan no emplea, opera ni del que es propietario y que, además, no ha firmado un contrato para ofrecerles servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el Capítulo 3, se explican los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: Un reclamo que usted hace sobre nosotros o sobre un proveedor o una farmacia de nuestra red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de su atención médica.

Reclamo: Una declaración oral o por escrito que constata que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud que tenga en cuanto a la calidad de su atención médica, nuestros proveedores de la red o nuestros proveedores fuera de la red. El nombre formal para hacer un reclamo es “presentar una queja”.

Red: un grupo grande de médicos, especialistas, farmacias, hospitales y otros proveedores de atención médica. Este grupo se llama “red”.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Remisión: Una remisión significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe darle su aprobación antes de que pueda consultar a otra persona que no sea su PCP. Si no obtiene aprobación, puede que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a determinados especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información acerca de las remisiones en el Capítulo 3 y sobre los servicios que requieren remisiones, en el Capítulo 4.

Revisión médica independiente (IMR): Si rechazamos su solicitud de servicios médicos o tratamiento, puede presentar una apelación ante nosotros. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es sobre un servicio de Medi-Cal, puede solicitarle una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso realizada por médicos que no forman parte de nuestro plan. Si la IMR resulta a su favor, debemos brindarle el servicio o tratamiento que solicitó. La IMR no tiene ningún costo para usted.

Salud conductual: un término general que se refiere a trastornos de salud mental y abuso de sustancias.

Servicios al Miembro: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Servicios al Miembro, consulte el Capítulo 2.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: Término general que se utiliza para referirse a toda la atención médica, los servicios y soportes a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y de venta libre, los equipos y otros servicios cubiertos por el plan.

Servicios de rehabilitación: El tratamiento que recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios opcionales del plan de atención (Servicios CPO): Servicios adicionales que son opcionales conforme a su Plan de atención personalizado (ICP). Estos servicios no pretenden reemplazar los servicios y soportes a largo plazo que usted tiene autorizados recibir bajo Medi-Cal.

Servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS): Programa de servicio ambulatorio basado en un centro que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, cuidado personal, entrenamiento y apoyo de familia/cuidador, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a las personas inscritas que cumplen con los criterios de elegibilidad aplicables.

Servicios y soportes a largo plazo (LTSS): Los servicios y soportes a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una afección médica prolongada. La mayoría de estos servicios lo ayudan a que permanezca en su hogar y no tenga que dirigirse a un asilo de ancianos u hospital. LTSS incluye el Programa Multipropósito de Servicios para Personas de la Tercera Edad (MSSP),

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



los Servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS) y los centros de enfermería/centros de atención subaguda (NF/SCF).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Extra Help”.

Medi-Cal: Este es el nombre del programa Medicaid de California. El Estado administra Medi-Cal; y el estado junto con el gobierno federal financian este programa.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo, y los costos médicos.
- Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted cumple con los requisitos para Medicare y Medicaid.

Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Medi-Cal.

Terapia escalonada: Una regla de cobertura que requiere que usted primero intente con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está solicitando.



Servicios al Miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

LLAME A	<p>1-855-817-5785</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p>El Departamento de Servicios para los Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.</p>
FAX	<p>1-855-817-5791</p>
ESCRIBA A	<p>Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan PO Box 6170 Virginia Beach, VA 23466-2429</p>
SITIO WEB	<p>duals.anthem.com</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después del horario comercial, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso días feriados. The call is free. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



¿Tiene alguna pregunta?

Llámenos a la línea gratuita 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., o visite duals.anthem.com.



Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar 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.