

Su guía para sus beneficios de 2023

Evidencia de cobertura

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)

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

www.anthem.com/ca

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)

Manual del miembro

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2023

Su cobertura médica y de medicamentos de Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)

Presentación del *Manual del miembro*

Este *Manual del miembro*, también conocido como *Evidencia de Cobertura*, contiene información sobre la cobertura de nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2023. Explica los servicios de cuidado de salud, los servicios de salud conductual (salud mental y trastorno de abuso de sustancias), la cobertura de medicamentos recetados y los servicios y apoyo a largo plazo. Los servicios y apoyo a largo plazo lo ayudan a permanecer en casa en lugar de ir a un hogar de ancianos o a un hospital. 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.

En este *Manual del miembro*, “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan” se refiere a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP).

ATTENTION: If you speak English, Spanish, Chinese, Vietnamese, Tagalog, Korean, Armenian, Persian, Russian, Arabic, Cambodian, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-833-707-3129** (TTY: 711), Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Llame al **1-833-707-3129** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. Spanish

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-833-707-3129** (TTY: 711)，週一至週五上午 8：00-晚上 8：00。通話免費。 Chinese

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, cho quý vị. Xin gọi số **1-833-707-3129** (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 8:00 tối. Cuộc gọi được miễn tính cước phí. Vietnamese

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo nang walang bayad ang mga serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa **1-833-707-3129** (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag.

Tagalog

안내: 한국어를 사용할 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시에서 오후 8시 사이에 **1-833-707-3129** (TTY: 711)번으로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.

Korean

ՈՒՇԱՂԴՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե դուք խոսում եք հայերեն լեզվով, ձեզ համար մատչելի են անվճար լեզվական աջակցության ծառայությունները: Զանգահարեք **1-833-707-3129** (TTY: 711) հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8:00-ից 20:00-ը: 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 **1-833-707-3129** (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. **1-833-707-3129** (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.

Russian

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجانًا. اتصل على الرقم **1-833-707-3129** (TTY: 711)، من الاثنين حتى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً. وتكون المكالمة مجانية.

Arabic

សូមជ្រាប: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា មាន ផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរសព្ទមកលេខ **1-833-707-3129** (TTY: 711) ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 ល្ងាច។ ទូរសព្ទមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

Cambodian (Khmer)

Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como en letra grande, braille y/o audio. Llame al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. Cuando llame, indique si se trata de un pedido regular. Eso quiere decir que enviaremos los mismos documentos en el formato e idioma solicitados todos los años. También puede llamarnos para cambiar o cancelar el pedido regular. Además, puede encontrar los documentos en línea en shop.anthem.com/medicare/ca.

Si tiene preguntas, llame a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite shop.anthem.com/medicare/ca



Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro.....	5
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	17
Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener cuidado de salud y otros servicios cubiertos.....	34
Capítulo 4: Cuadro de beneficios	58
Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	129
Capítulo 6: Lo que usted paga por medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal.....	152
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos	160
Capítulo 8: Sus derechos y obligaciones.....	165
Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	192
Capítulo 10: Finalizar su membresía en nuestro plan	250
Capítulo 11: Avisos legales	258
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	261

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Limitaciones de responsabilidad

- ❖ Anthem Blue Cross es un plan HMO D-SNP que tiene contrato con Medicare y con el programa California Medicaid. La inscripción en Anthem Blue Cross depende de la renovación del contrato. Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Licenciataria independiente de Blue Cross Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.
- ❖ Esta no es una lista completa. La información sobre beneficios es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan o lea el *Manual del miembro* del plan Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP).
- ❖ El uso de medicamentos opioides para tratar el dolor durante más de siete días conlleva riesgos graves, como adicción, sobredosis e incluso la muerte. Si el dolor continúa, hable con su médico sobre tratamientos alternativos de menor riesgo. Estas son algunas opciones sobre las que puede consultar a su médico: medicamentos no opioides, acupuntura o fisioterapia para ver si son adecuados para usted. Llame a Servicios para Miembros al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) y averigüe de qué manera su plan cubre estas opciones.
- ❖ La cobertura en virtud de Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) califica como “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP), un plan médico que cubre todos los servicios de Medicare y coordina todos los servicios de Medi-Cal. También le explica qué esperar y qué otra información obtendrá de nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan.....	7
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal.....	7
B1. Medicare.....	7
B2. Medi-Cal.....	7
C. Ventajas de nuestro plan.....	8
D. Área de servicio de nuestro plan.....	9
E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?.....	9
F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan médico.....	10
G. Su equipo de cuidado médico y su plan de salud.....	11
G1. Equipo de cuidado médico.....	11
G2. Plan de salud.....	11
H. Prima mensual del plan.....	12
I. El <i>Manual del miembro</i>	12
J. Otra información importante que le proporcionamos.....	12
J1. Su tarjeta de identificación del plan.....	12
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	13

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



J3. *Lista de medicamentos cubiertos*..... 14

J4. *Explicación de beneficios* 15

K. *Cómo mantener actualizado su registro de membresía*..... 15

K1. *Privacidad de la información personal de salud (PHI)*..... 16

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



A. Le damos la bienvenida a nuestro plan

Nuestro plan proporciona servicios de Medicare y Medi-Cal a las personas que son elegibles para ambos programas. Cuenta con médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También tiene coordinadores de cuidado y equipos de cuidado médico para ayudarlo a manejar sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

Anthem Blue Cross ha prestado servicios a los californianos durante más de 75 años. En Anthem Blue Cross, brindamos el mejor cuidado a nuestros miembros, proporcionamos mayor valor a nuestros clientes y ayudamos a mejorar la salud de nuestras comunidades.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal destinado a:

- Personas de 65 años o más,
- Algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- Personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa Medicaid de California. Este programa es administrado por el estado y financiado por el gobierno federal y estatal. Medi-Cal ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyo 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 es elegible,
- Qué servicios están cubiertos, **y**
- El costo de los servicios.

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

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Medicare y el estado de California aprobaron nuestro plan. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan, siempre y cuando:

- Elijamos ofrecer el plan, **y**
- 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 recibir servicios de Medicare y Medi-Cal no se verá perjudicada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora recibirá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan, incluidos los medicamentos recetados. **No deberá pagar ningún costo adicional para inscribirse en este plan médico.**

Lo ayudaremos a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor en conjunto y sean más beneficiosos para usted. Estas son algunas de las ventajas:

- Puede ayudarnos con **todas** sus necesidades de cuidado médico.
- Cuenta con un equipo de cuidado médico que usted mismo ayuda a organizar. El equipo de cuidado médico puede estar conformado por usted, su cuidador, médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de cuidado. Es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con nuestro equipo de cuidado médico para crear un plan de salud.
- Puede dirigir su propio cuidado con ayuda de su equipo de cuidado médico y su coordinador de cuidado.
- El equipo de cuidado médico y el coordinador de cuidado diseñan junto con usted un plan de salud que satisfaga **sus** necesidades de salud. El equipo de cuidado médico ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, se ocupa de que:
 - Los médicos conozcan todos los medicamentos que usted toma para asegurarse de que esté tomando los medicamentos correctos y reducir cualquier efecto secundario que estos puedan causar.
 - Los resultados de sus análisis sean compartidos con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Nuevos miembros de Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP): Por lo general, se lo inscribirá en Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) para obtener los beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente al que solicita ser inscrito en Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP). Es posible que siga recibiendo los servicios de Medi-Cal a través de su plan médico anterior durante un mes más. Luego, comenzará a recibir los servicios de Medi-Cal a través de Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP). No habrá ningún periodo sin cobertura en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. si tiene preguntas.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye los condados de Los Angeles y Santa Clara.

Solo las personas que viven en el área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Si se muda fuera del área de servicio, no podrá permanecer en nuestro plan. Consulte el **Capítulo 8** del *Manual del miembro* para obtener más información sobre qué sucede cuando se muda fuera de nuestra área de servicio.

E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Usted es elegible para nuestro plan siempre que:

- Viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aun cuando se encuentren físicamente en ella), **y**
- Sea mayor de 21 años en el momento de la inscripción, **y**
- Tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B, **y**
- Actualmente sea elegible para Medi-Cal , **y**
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o resida legalmente en los Estados Unidos.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Tenga en cuenta lo siguiente: si pierde la elegibilidad, pero es posible que la recupere en un plazo de tres meses, continúa siendo elegible para la membresía en nuestro plan (en el Capítulo 4, Sección A, se ofrece información sobre la cobertura y los costos compartidos durante este periodo, denominado de elegibilidad continua).

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan médico

Cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan, recibirá una evaluación de riesgos de la salud (HRA) dentro de los 90 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción.

Debemos realizarle una HRA, ya que esta es la base para crear su plan de salud. La HRA incluirá preguntas para identificar sus necesidades médicas, de LTSS, de salud conductual y funcionales.

Nos pondremos en contacto con usted para realizar la HRA. Podemos hacerlo mediante una consulta en persona, una llamada telefónica o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir acudiendo a los médicos que visita ahora por un tiempo determinado si no están en nuestra red. Esto se denomina continuidad de la atención. Si no están en nuestra red, puede mantener sus proveedores y autorizaciones de servicio vigentes 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 continuar viendo a su proveedor actual.
- Comprobamos 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 consultó a un proveedor fuera de la red por lo menos una vez para una visita que no fue de emergencia en los 12 meses previos a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.
 - Examinamos la información de salud disponible sobre usted o la información que usted nos envíe para determinar que se trata de una relación existente.
 - 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 aceptar ciertos términos cuando hacen la solicitud.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Nota: Solo puede hacer esta solicitud para los servicios de equipo médico duradero (DME), de transporte u otros servicios auxiliares que no se incluyen en nuestro plan. **No puede** hacer esta solicitud para proveedores de DME, de transporte u otros proveedores auxiliares.

Después de la finalización del periodo de continuidad de la atención, deberá acudir a médicos y otros proveedores de la red de Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP), 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. Consulte el **Capítulo 3** del *Manual del miembro* para obtener más información sobre cómo recibir atención.

G. Su equipo de cuidado médico y su plan de salud

G1. Equipo de cuidado médico

Un equipo de cuidado médico puede ayudarlo a seguir recibiendo la atención que necesita. Puede incluir a su médico, un coordinador de cuidado u otro personal de salud que usted elija.

Un coordinador de cuidado es una persona capacitada para ayudarlo a manejar la atención que necesita. Le asignamos un coordinador de cuidado cuando se inscribe en nuestro plan. Además, esta persona lo refiere a otros recursos de la comunidad que nuestro plan quizás no proporciona y trabaja con su equipo de cuidado médico para coordinar su atención. Llámenos a los números que figuran en la parte inferior de la página para obtener más información sobre el coordinador de cuidado y el equipo de cuidado médico.

G2. Plan de salud

Su equipo de cuidado médico diseña junto con usted un plan de salud. Un plan de salud les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo recibirlos. Incluye sus necesidades médicas, de salud conductual y de LTSS.

Su plan de salud incluye lo siguiente:

- Sus objetivos de cuidado médico.
- Los plazos para recibir los servicios que necesita.

Su equipo de cuidado médico se reúne con usted después de la evaluación de riesgos de la salud. Hablan con usted sobre los servicios que necesita. Además, le mencionan otros servicios que podrían ser recomendables para usted. Su plan de salud se basa en sus necesidades. Su equipo de cuidado médico trabajará con usted para actualizar el plan de salud al menos una vez al año.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



H. Prima mensual del plan

Nuestro plan no tiene una prima mensual.

I. El *Manual del miembro*

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

Para pedir un *Manual del miembro*, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual del miembro* en nuestro sitio web en la dirección que figura en la parte inferior de la página o descargarlo.

El contrato está vigente para los meses en los que esté inscrito en nuestro plan entre el 1.º de enero y el 31 de diciembre de 2023.

J. Otra información importante que le proporcionamos

Otra información importante que le proporcionamos es la tarjeta de identificación del miembro, 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 del plan

En nuestro plan, tiene una tarjeta para los servicios de Medicare y Medi-Cal cubiertos, incluidos los servicios y apoyo a largo plazo, ciertos servicios de salud conductual y los medicamentos con receta. Debe mostrar esta tarjeta cuando recibe cualquier servicio o medicamento recetado de la Parte D. Este es un ejemplo de su tarjeta de identificación del miembro:



Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.

Si su tarjeta de identificación del miembro se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página. Le enviaremos una nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare. Guárdela en un lugar seguro, en caso de que la necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación del miembro, el proveedor podría facturarle a Medicare y no a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Consulte el **Capítulo 7** del *Manual del miembro* para saber lo que debe hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que necesita la tarjeta de Medi-Cal o la tarjeta de identificación de beneficios (BIC) para acceder a los siguientes servicios:

- Para tener acceso a los servicios de salud mental especializados que puede recibir a través 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 nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Para pedir un *Directorio de proveedores y farmacias*, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede ver el *Directorio de proveedores y farmacias* en shop.anthem.com/medicare/ca.

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye profesionales de cuidado de salud (como médicos, enfermeros especializados y psicólogos), centros (como hospitales o clínicas) y proveedores de apoyo (como servicios de un centro de cuidado diurno para adultos y proveedores de cuidado médico en el hogar) que puede consultar como miembro de nuestro plan. También incluye las farmacias a las que puede acudir para obtener medicamentos recetados.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red incluyen:
 - Médicos, enfermeros y otros profesionales de cuidado de salud a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud en nuestro plan; y

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- LTSS, servicios de salud conductual, agencias de cuidado médico en el hogar, proveedores de equipo médico duradero y otros que ofrezcan los productos y servicios que recibe a través de Medicare o Medi-Cal.

Los proveedores de la red aceptan el pago de nuestro plan para los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.
- Excepto en un caso de emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de la red si quiere que el plan lo ayude a pagarlas.

Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de esta página para obtener más información. Tanto Servicios para Miembros como el sitio web le pueden brindar la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red.

Lista de equipo médico duradero (DME)

Junto con este *Manual del miembro*, le enviamos nuestra Lista de equipo médico duradero. En esta lista, se incluyen las marcas y los fabricantes del DME que cubrimos. También puede consultar la lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores en nuestro sitio web, en la página que figura en la parte inferior de esta página. Para obtener más información sobre el DME, consulte los **Capítulos 3 y 4** del *Manual del miembro*.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Allí se indica qué medicamentos recetados están cubiertos por nuestro plan.

En la Lista de medicamentos, también se indica si hay alguna norma o restricción respecto de los medicamentos, como un límite en la cantidad que puede obtener. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** del *Manual del miembro*.

Cada año, le enviamos información acerca de cómo acceder a la Lista de medicamentos, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la versión más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web (utilice la información que figura en la parte inferior de esta página).

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



J4. Explicación de beneficios

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviamos un informe que lo ayuda a entender y a hacer un seguimiento de los pagos realizados por los medicamentos recetados de la Parte D. Este resumen se llama *Explicación de Beneficios* (EOB).

La EOB 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. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que usted toma. En el **Capítulo 6** del *Manual del miembro*, se brinda más información sobre la EOB y sobre la manera en que esta lo ayuda a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para solicitar una copia, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía

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

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos los datos correctos en nuestros registros. Los proveedores y las farmacias de la red también necesitan tener información correcta sobre usted. **Ellos utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le cuestan.**

Infórmenos de inmediato lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, o de compensación para trabajadores.
- Cualquier reclamación de responsabilidad, por ejemplo, reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Admisión en un hospital u hogar de ancianos.
- Atención en un hospital o una sala de emergencia.
- Cambios de cuidador (o de la persona responsable de usted).

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- Participación en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No es obligación informarnos que participa o participará en un estudio de investigación clínica, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna información cambia, llame a Servicios para Miembros.

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

La información de su registro de membresía puede incluir información personal de salud (PHI). Las leyes federales y estatales requieren que mantengamos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** del *Manual del miembro*.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le proporciona información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarlo a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de cuidado médico. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de cuidado y con otras personas para que defiendan sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Servicios para Miembros	18
B. Su coordinador de cuidado.....	21
C. Línea de Llamadas de Consejos de Enfermería	23
D. Línea de crisis de salud conductual	24
E. Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP).....	25
F. Organización para la Mejora de la Calidad (QIO).....	26
G. Medicare	27
H. Medi-Cal	28
I. La Oficina del Defensor	29
J. Servicios sociales del condado	30
K. Plan de salud mental especializado del condado.....	31
L. Departamento de Atención de la Salud Administrada de California	32
M. Otros recursos	33

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



A. Servicios para Miembros

TELÉFONO	<p>1-833-707-3129 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Disponible de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre</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>Disponible de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre</p>
CORREO	<p>P.O. Box 60007 Los Angeles, CA 90060-0007</p>
SITIO WEB	<p>shop.anthem.com/medicare/ca</p>

Comuníquese con Servicios para Miembros y reciba ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamaciones y facturación
- Decisiones de cobertura sobre el cuidado de salud
 - Una decisión de cobertura sobre el cuidado de salud es una decisión relacionada con lo siguiente:
 - sus beneficios y servicios cubiertos ○
 - el monto que pagamos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas acerca de una decisión de cobertura sobre el cuidado de salud.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- Apelaciones sobre el cuidado de salud
 - Una apelación es un método formal para solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre la cobertura y pedirnos que la cambiemos si piensa que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.
- Quejas sobre el cuidado de salud
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para la Mejora de la Calidad (consulte la **Sección F**).
 - Puede llamarnos al 1-833-707-3129 y explicarnos el motivo de su queja.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura relacionada con su cuidado de salud, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior: **Sección F**).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede completar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Puede presentar una queja acerca de nuestro plan al Programa de Defensoría llamando al 1-888-452-8609.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja relacionada con su cuidado de salud, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.
- Decisiones de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por Medicare
 - Una decisión de cobertura sobre los medicamentos de Medicare es una decisión relacionada con lo siguiente:
 - sus beneficios o medicamentos cubiertos por Medicare
 - el monto que pagamos por sus medicamentos de Medicare.
 - Los medicamentos que no están cubiertos por Medicare, como medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden tener la cobertura de Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- Para obtener más información con respecto a las decisiones de cobertura sobre los medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.
- Apelaciones sobre los medicamentos de Medicare
 - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información con respecto a cómo presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.
- Quejas sobre los medicamentos de Medicare
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos recetados de Medicare.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos recetados de Medicare, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede completar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Para obtener más información con respecto a cómo presentar una queja sobre los medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.
- Pago del cuidado de salud o los medicamentos de Medicare que usted ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** del *Manual del miembro*.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



B. Su coordinador de cuidado

En Anthem MediBlue Full Dual Advantage, contará con el apoyo de un coordinador de cuidado para asistirlo antes, durante y después de un evento médico.

Cuando se convierta en miembro de Anthem MediBlue Full Dual Advantage, será asignado a un coordinador de cuidado.

- El coordinador de cuidado es la persona principal que trabaja con usted, con el plan médico y con sus proveedores de cuidado médico para garantizar que usted reciba la atención que necesita.
- Un coordinador de cuidado se comunicará con usted para asegurarse de que tenga lo que necesita.
- Si ingresa al hospital, un coordinador de cuidado puede ayudar a coordinar los servicios que le permitan recuperarse en su casa.
- Si cree que le serviría la ayuda de un coordinador de cuidado, puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros y pedir hablar con uno.
- Si no se siente cómodo con su coordinador de cuidado, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-707-3129 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. para encontrar un coordinador de cuidado que se ajuste a sus necesidades.

TELÉFONO	<p>1-833-707-3129 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>TTY: 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>Disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.</p>
CORREO	<p>P.O. Box 60007 Los Angeles, CA 90060-0007</p>
SITIO WEB	<p>shop.anthem.com/medicare/ca</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Comuníquese con el coordinador de cuidado y reciba ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre el cuidado de salud
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y trastorno de abuso de sustancias)
- Preguntas sobre transporte
- Preguntas sobre servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

LTSS incluye los servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS) y los de un centro de enfermería (NF).

Los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) son una variedad de servicios y apoyos que ayudan a los adultos mayores y las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de ayuda y a mejorar la calidad de sus vidas. Por ejemplo, ayuda para bañarse, vestirse y otras actividades básicas de la vida diaria y el cuidado personal, como también apoyo para tareas cotidianas, como lavandería, compras y transporte.

Por lo general, los LTSS se proporcionan en hogares y comunidades, pero también en centros de atención, como los centros de enfermería. Se debe cumplir con ciertos requisitos de elegibilidad a fin de calificar para estos programas. Llame al coordinador de cuidado para obtener más detalles y para que lo ayude a solicitar estos servicios.

A veces, puede recibir ayuda con las necesidades básicas y de cuidado de salud diarias.

Es posible que usted pueda recibir estos servicios:

- Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS),
- Cuidado especializado de enfermería,
- Terapia física,
- Terapia ocupacional,
- Terapia del habla,
- Servicios sociales médicos, y
- Cuidado médico en el hogar.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



C. Línea de Llamadas de Consejos de Enfermería

La Línea de Llamadas de Consejos de Enfermería está a su disposición para atender sus preguntas y dudas sobre cuidado de salud. Puede ayudarlo a aliviar sus preocupaciones o a determinar si debe consultar a un médico. A veces, pueden surgir preguntas de salud tarde en la noche, los fines de semana o los días feriados. No importa el día ni la hora, puede llamar a la Línea de Llamadas de Consejos de Enfermería y hablar con un enfermero. Puede comunicarse con la Línea de Llamadas de Consejos de Enfermería para hacer preguntas acerca de su salud o de su cuidado médico.

TELÉFONO	1-800-224-0336 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	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. Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



D. Línea de crisis de salud conductual

TELÉFONO	1-800-854-7771 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	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. Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

Comuníquese con la Línea de crisis de salud conductual para recibir ayuda con lo siguiente:

Preguntas sobre los servicios de salud conductual y por abuso de sustancias

- o Prueba de detección
- o Evaluación
- o Remisión
- o Consejería de crisis

Si tiene preguntas sobre los servicios de salud mental especializados, consulte la **Sección K**.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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

El Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) proporciona consejería gratuita sobre el seguro de salud a personas con Medicare. Los consejeros del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer para resolver su problema. El HICAP tiene consejeros capacitados en todos los condados y sus servicios son gratuitos.

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

TELÉFONO	1-800-824-0780 Disponible de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.
CORREO	520 S. La Fayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
SITIO WEB	www.healthcarerights.org

Comuníquese con el HICAP para recibir ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre el plan o Medicare
- Los consejeros del HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a otro plan y ayudarlo con lo siguiente:
 - entender sus derechos,
 - entender las opciones de plan,
 - presentar quejas sobre su tratamiento o cuidado de salud, y
 - solucionar problemas relacionados con las facturas.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



F. Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

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

TELÉFONO	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.
CORREO	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livantaqio.com

Comuníquese con la Organización para el mejoramiento de la calidad de la atención centrada en el beneficiario y la familia Livanta (BFCC-QIO) para recibir ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre sus derechos de cuidado de salud
- Una queja sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención,
 - cree que su hospitalización finaliza demasiado pronto, o
 - considera que su cuidado médico en el hogar, su atención en un centro 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 MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



G. Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal destinado a personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con 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.

TELÉFONO	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas, los 7 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>medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Contiene información actualizada sobre Medicare. Además, brinda información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de cuidado médico en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación con hospitalización y hospicios.</p> <p>Contiene sitios web y números de teléfono útiles. También incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora.</p> <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca local o el centro de atención para adultos mayores pueden ayudarlo a ingresar en el sitio 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 el sitio web y la revisarán con usted.</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa Medicaid de California. Se trata de un programa de seguro de salud pública que proporciona los servicios médicos necesarios a las personas con bajos ingresos, incluidas las familias con niños, los adultos mayores, las personas con discapacidades, las personas en tutela temporal, las embarazadas y las personas con enfermedades específicas, como tuberculosis, cáncer de mamas o VIH/SIDA. Medi-Cal es financiado por el gobierno federal y estatal.

TELÉFONO	1-844-580-7272 Disponibile de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.
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.
CORREO	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
SITIO WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



I. La Oficina del Defensor

La Oficina del Defensor defiende sus derechos. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja, y puede ayudarlo a entender qué debe hacer. La Oficina del Defensor también lo ayuda a resolver problemas de servicio o facturación. La Oficina del Defensor no se decidirá automáticamente en favor de alguien ante una queja. Considerará a todas las partes de manera imparcial y objetiva. Su función es ayudar a encontrar soluciones justas a problemas relacionados con el acceso al cuidado de salud. Sus servicios son gratuitos.

TELÉFONO	1-888-452-8609 Esta llamada es gratuita. Disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	711 Esta llamada es gratuita.
CORREO	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



J. Servicios sociales del condado

Si necesita ayuda con los beneficios de los condados de Los Angeles o Santa Clara, póngase en contacto con el Departamento de Servicios Sociales de su condado.

LOS ANGELES	
TELÉFONO	1-888-944-4477 Esta llamada es gratuita. Disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
CORREO	IHSS Applications 2707 S. Grand Avenue Los Angeles, CA 90007
SITIO WEB	https://dpss.lacounty.gov/en.html
SANTA CLARA	
TELÉFONO	1-877-962-3633 Esta llamada es gratuita. Disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
CORREO	1888 Senter Road San Jose, CA 95112
SITIO WEB	www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



K. 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.

TELÉFONO	<p>1-800-854-7771 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, incluidos los días feriados 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>Las 24 horas, los 7 días de la semana</p>

Póngase en contacto con el plan de salud mental especializado del condado para recibir ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre los servicios de salud conductual proporcionados por el condado
 - o Evaluación de elegibilidad
 - o Remisiones
 - o Citas
 - o Información general sobre servicios disponibles

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



L. Departamento de Atención de la Salud Administrada de California

El Departamento de Atención de la Salud Administrada de California (DMHC) es responsable de regular los planes médicos. El Centro de Ayuda del DMHC puede asistirlo con las apelaciones y las quejas sobre los servicios de Medi-Cal.

TELÉFONO	1-888-466-2219 Los representantes del DMHC están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.
TDD	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.
CORREO	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
SITIO WEB	www.dmhc.ca.gov

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



M. Otros recursos

El Programa de Defensoría de Health Consumer Alliance (HCA) ofrece asistencia GRATUITA a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener su cobertura médica, y para resolver problemas con sus planes médicos.

Si tiene problemas con:

- Medi-Cal
- Medicare
- Su plan médico
- El acceso a los servicios médicos
- Apelaciones por servicios, medicamentos, equipo médico duradero (DME), servicios de salud mental, etc. que han sido denegados
- Facturación por servicios médicos
- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

Health Consumer Alliance le brinda asistencia con quejas, apelaciones y audiencias. El número de teléfono de la Health Consumer Alliance es 1-888-804-3536.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener cuidado de salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene normas y términos específicos que usted debe conocer para recibir cuidado médico y otros servicios cubiertos de nuestro plan. También brinda información acerca de su coordinador de cuidado, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si se le factura directamente por servicios que cubrimos y las normas 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 sobre servicios y proveedores	36
B. Normas para recibir servicios cubiertos por nuestro plan	36
C. Su coordinador de cuidado	38
C1. Qué es un coordinador de cuidado.....	38
C2. Cómo comunicarse con su coordinador de cuidado.....	39
C3. Cómo puede cambiar de coordinador de cuidado.....	39
D. Atención de proveedores	39
D1. Atención de un proveedor de atención primaria	39
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	41
D3. Cuando un proveedor se retira de nuestro plan	42
D4. Proveedores fuera de la red	43
E. Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno de abuso de sustancias).....	44
E1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal brindados por proveedores que no pertenecen a nuestro plan	44

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



F. Servicios de transporte	46
F1. Transporte médico para situaciones que no son emergencias	46
F2. Transporte no médico	47
G. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando son necesarios de forma urgente o durante un desastre	49
G1. Atención en caso de emergencia médica.....	49
G2. Cuidado necesario de forma urgente	51
G3. Atención durante un desastre.....	52
H. Qué debe hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan	52
H1. Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan	53
I. Cobertura de servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	53
I1. Definición de estudio de investigación clínica	53
I2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	54
I3. Cómo obtener más información sobre los estudios de investigación clínica	54
J. Cómo se cubren los servicios médicos brindados en una institución religiosa de cuidado de salud no médico	55
J1. Definición de una institución religiosa de cuidado de salud no médico.....	55
J2. Atención en una institución religiosa de cuidado de salud no médico	55
K. Equipo médico duradero (DME)	56
K1. Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan	56
K2. Propiedad del DME si se cambia a Medicare Original.....	56
K3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan	56
K4. Equipo de oxígeno si se cambia a Medicare Original.....	57

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son cuidado de salud (como visitas al médico y tratamiento médico), servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual (incluidos aquellos relacionados con la salud mental y el bienestar), medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** incluyen todos los servicios que nuestro plan paga. El cuidado de salud, los servicios de salud conductual y los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos se incluyen en el **Capítulo 4** del *Manual del miembro*. Los medicamentos recetados y de venta libre cubiertos se incluyen en el **Capítulo 5** del *Manual del miembro*.

Los **proveedores** son los médicos, los enfermeros y otras personas que proporcionan servicios y atención. El término proveedores también incluye hospitales, agencias de cuidado médico en el hogar, clínicas y otros lugares que proporcionan servicios de cuidado de salud, servicios de salud conductual, equipos médicos y ciertos servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le brindan a usted. Por lo general, cuando acude a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para recibir servicios cubiertos por nuestro plan

Nuestro plan cubre los servicios de Medicare y cubre o coordina todos los servicios de Medi-Cal. Esto incluye servicios de salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).

Nuestro plan coordinará los servicios de cuidado de salud, los servicios de salud conductual y los LTSS que usted recibe cuando sigue nuestras normas. Para estar cubierto por nuestro plan:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que se incluye en el Cuadro de beneficios del **Capítulo 4** del *Manual del miembro*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por “médicamente necesario”, nos referimos a servicios importantes que son razonables y protegen la vida. La atención médicamente necesaria es indispensable para evitar que las personas se enfermen gravemente o queden discapacitadas, y reduce el dolor intenso mediante el tratamiento de enfermedades o lesiones.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- Para servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que le solicite la atención o le indique que vaya a otro proveedor. 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 la aprobación antes de consultar a otro proveedor que no sea su PCP o de usar otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se conoce como **remisión**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión para consultar a determinados especialistas, como los especialistas en salud de la mujer.
 - Si elige un PCP que forma parte de una Asociación de Prácticas Independientes (IPA) o un grupo médico, es posible que los especialistas, los proveedores auxiliares y los hospitales disponibles para usted se limiten solo a aquellos que tengan un contrato con la IPA o el grupo médico del PCP. No necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o cuidado necesario de forma urgente ni para consultar a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la sección D1 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de proveedores de la red.** En general, no cubriremos la atención que brinde un proveedor que no trabaje con nuestro plan médico. Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor el costo total de los servicios prestados por proveedores fuera de la red. A continuación, mencionamos algunos casos en los que esta norma no se aplica:
 - Cubrimos la atención de emergencia o el cuidado necesario de forma urgente de un proveedor fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la sección H de este capítulo).
 - 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, es posible que se requiera autorización previa. En esta situación, cubrimos la atención sin costo para usted.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan durante un periodo breve o cuando su proveedor no está disponible o es inaccesible de manera temporal. Puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, puede solicitarnos seguir consultando a sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si podemos comprobar que usted tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1** del *Manual del miembro*. Si aprobamos la solicitud, puede seguir consultando a sus proveedores actuales por hasta 12 meses para recibir servicios. Durante ese tiempo, su coordinador de cuidado se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red. Después de 12 meses, ya no cubriremos su atención médica si continúa acudiendo a proveedores que no estén en nuestra red.

Nuevos miembros de Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP): Por lo general, se lo inscribirá en Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) para obtener los beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente al que solicita ser inscrito en Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP). Es posible que siga recibiendo los servicios de Medi-Cal a través de su plan médico anterior durante un mes más. Luego, comenzará a recibir los servicios de Medi-Cal a través de Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP). No habrá ningún periodo sin cobertura en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita si tiene alguna pregunta.

C. Su coordinador de cuidado

C1. Qué es un coordinador de cuidado

Un coordinador de cuidado es un profesional clínico u otra persona capacitada que trabaja para nuestro plan con el fin de proporcionarle servicios de administración de casos. Los administradores de casos colaboran con los pacientes para que reciban la atención que necesitan para estar sanos.

Un administrador de casos ayuda a los pacientes a:

- Entender cómo está su salud actual
- Crear un plan de salud que se adapte a sus necesidades
- Recibir la atención que necesitan de nuestro plan y su comunidad
- Ser parte del manejo de su propia salud
- Trabajar en equipo con los trabajadores de cuidado médico
- Alcanzar las metas establecidas para estar saludables

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



C2. Cómo comunicarse con su coordinador de cuidado

Para comunicarse con su coordinador de cuidado, llame a Servicios para Miembros. En muchas situaciones, el coordinador de cuidado puede proporcionarle al miembro su información de contacto directo.

C3. Cómo puede cambiar de coordinador de cuidado

Si prefiere que lo vea otro coordinador de cuidado, llame a Servicios para Miembros para compartir sus inquietudes y pedir otro coordinador de cuidado.

D. Atención de proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y maneje su atención. Si elige un PCP que forma parte de una Asociación de Prácticas Independientes (IPA) o un grupo médico, es posible que los especialistas, los proveedores auxiliares y los hospitales disponibles para usted se limiten solo a aquellos que tengan un contrato con la IPA o el grupo médico del PCP.

Definición de PCP y qué hace un PCP por usted

El PCP es su principal proveedor de cuidado médico. Visitará al PCP para realizarse chequeos regulares. Si se enferma, primero debe comunicarse con su PCP. Este le recetará medicamentos y hará remisiones a especialistas u otros proveedores, si es necesario.

Su PCP puede ser alguno de los siguientes:

- Médico de familia
- Ginecólogo obstetra
- Especialista que brinde atención primaria
- Departamento de salud local o clínica comunitaria similar

Su elección de PCP

La relación que tiene con el PCP es importante. Por eso, cuando elija su PCP, trate de considerar los motivos a continuación para tomar la decisión. Cuando elige un PCP, debe hacer lo siguiente:

- Elegir un proveedor actual, **o**
- Elegir un proveedor que le haya sugerido alguien de su confianza, **o**
- Elegir un proveedor que esté cerca de su casa.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Cuando se inscribe en el plan Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP), debe seleccionar un PCP de nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. Los PCP figuran según la ciudad y el condado, para que pueda encontrar uno cerca del lugar donde vive o trabaja. En el directorio, también se indica qué idiomas se hablan en los consultorios de los PCP. Si necesita ayuda para elegir un PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita.

Cuando elige el PCP, también elige los hospitales y las redes especializadas que están asociados al PCP. Además, obtendrá remisiones a especialistas, hospitales y otros proveedores asociados a su PCP y/o grupo médico.

El nombre y el número de teléfono de su PCP figuran en la tarjeta de membresía.

Si necesita ayuda para elegir un PCP, también puede llamar a Servicios para Miembros al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita.

Opción de cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP deje de estar en la red de nuestro plan. Si su PCP abandona la red de nuestro plan, podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP de nuestra red.

Para cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Cuando llame, asegúrese de informarle al representante de Servicios para Miembros si se atiende con especialistas o si recibe otros servicios que requieren la aprobación de su PCP. Entre estos servicios se incluyen los servicios de cuidado médico en el hogar y el equipo médico duradero.

Puede comenzar a consultar a su PCP a partir del primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud. Por ejemplo, si solicita cambiar de PCP el 13 de septiembre, puede comenzar a consultar a su nuevo médico de atención primaria el 1.º de octubre.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación del miembro del plan Anthem Blue Cross Cal MediConnect con el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP. **Servicios que puede obtener sin aprobación de su PCP**

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

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Cuidado necesario de forma urgente de proveedores de la red.
- Cuidado necesario de forma urgente de proveedores fuera de la red cuando no consigue un proveedor de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o durante el fin de semana).

Nota: El cuidado necesario de forma urgente debe necesitarse de inmediato y ser médicamente necesario.

- Los servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarlo a obtener el servicio de diálisis mientras no está en el área.
- Vacunas contra la influenza y la COVID-19, así como la vacunación contra la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Cuidado de salud de la mujer de rutina y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de salud indígena, puede acudir a estos proveedores sin una remisión.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda cuidado de salud para una enfermedad específica o una parte del cuerpo. Existen muchas clases de especialistas, como por ejemplo:

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

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Si necesita atención de un especialista, su PCP le hará una remisión al médico adecuado o a otro proveedor de cuidado médico que pueda brindarle el tipo de atención que usted necesita.

- Para algunos servicios, es probable que necesite una autorización previa. Autorización previa significa que usted necesita nuestra aprobación antes de recibir ciertos servicios o medicamentos. Su médico u otro proveedor de cuidado médico solicitarán una autorización previa para los servicios que consideran que usted necesita. Para averiguar qué servicios requieren autorización previa, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.
- Es probable que su PCP solo trabaje con ciertos hospitales o grupos de especialistas. Por eso, debe obtener una remisión de su PCP antes de consultar 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 para Miembros.

Es muy importante que obtenga una remisión (aprobación previa) antes de consultar a un especialista que tiene contrato con el plan Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) o de recibir servicios especializados (a excepción de los servicios detallados arriba en la Sección D). Si no tiene una remisión (aprobación previa) antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo. Consulte la Sección D para saber cuáles son los servicios que requieren remisiones y/o autorizaciones previas.

Si un especialista quiere que usted regrese para recibir más atención, primero asegúrese de que la remisión (aprobación previa) de su PCP, generalista, enfermero especializado o especialista cubre más visitas a ese especialista. De lo contrario, debe obtener otra remisión (aprobación previa) 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 prefiere un determinado especialista o centro contratado, primero averigüe si su PCP remite a los pacientes a ese especialista u hospital.

D3. Cuando un proveedor se retira de nuestro plan

Un proveedor de la red que lo atiende puede retirarse de nuestro plan. Si uno de sus proveedores se retira de nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Haremos todo lo posible, de buena fe, para avisarle al menos 30 días antes y que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de cuidado de salud.
- Si se encuentra bajo tratamiento médico, tiene derecho a pedir que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que recibe, y nosotros trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si no podemos encontrar a un especialista de la red calificado al que usted pueda tener acceso, debemos disponer de especialistas fuera de la red para su atención.
- Si cree que no reemplazamos a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que no manejamos su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar un reclamo o una queja, o ambos, relacionados con la calidad del cuidado médico a la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO). (Consulte el Capítulo 9 para más información).

Si se entera de que su proveedor se retirará del plan, comuníquese con nosotros. De esta forma, podremos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a manejar su atención.

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-833-707-3129** (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita.

D4. 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 recibió atención de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan. Existen situaciones en las que cubrimos la atención de un proveedor fuera de la red. A continuación, se presentan tres casos en los que la atención de un proveedor fuera de la red está cubierta:

- Si necesita atención de emergencia o de urgencia. Para obtener más información al respecto y para saber qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte Atención de emergencia o Cuidado necesario de forma urgente en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4.
- Si necesita atención médica cubierta por nuestro plan según Medicare, pero ninguno de los proveedores de nuestra red ofrece este tipo de cuidado médico. En este caso, su PCP o especialista deberá obtener una “autorización previa”. Esto significa que el plan Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) debe aprobar la atención antes de que la reciba. 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

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



obtenga la aprobación de la remisión de su PCP, especialista o generalista antes de consultar a un proveedor fuera de la red. Si no obtiene una remisión antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red, tal vez deba pagar los servicios usted mismo.

- Los servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan durante un periodo breve.

Si acude a un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare y/o Medi-Cal.

- No podemos pagarles a proveedores que no sean elegibles para participar en Medicare y/o Medi-Cal.
- Si acude a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben indicarle si son elegibles para participar en Medicare.

E. Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno de abuso de sustancias)

Usted tiene acceso a servicios de salud conductual médicamente necesarios que están cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a servicios de salud conductual cubiertos por Medicare. Nuestro plan no brinda servicios de salud conductual cubiertos por Medi-Cal, pero usted puede obtener estos servicios a través del Departamento de Salud Mental del condado de Los Angeles (LACDMH), del Departamento de Salud Mental del condado de Santa Clara y del Departamento de Servicios para Alcoholismo y Drogadicción.

E1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal brindados por proveedores que no pertenecen a nuestro plan

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 para tener acceso a dichos servicios. Entre los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal que se brindan a través del Departamento de Salud Mental del condado de Los Angeles (LACDMH), del Departamento de Salud Mental del condado de Santa Clara y del Departamento de Servicios para Alcoholismo y Drogadicción se incluyen los siguientes:

- Servicios de salud mental
- Servicios de apoyo con los medicamentos

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- Tratamiento diurno intensivo
- Rehabilitación diurna
- Intervención en situaciones de crisis
- Estabilización de crisis
- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial en situaciones de crisis
- Servicios en centros de salud psiquiátrica
- Servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados
- Administración de casos dirigida

Los servicios de Medi-Cal o del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal se encuentran disponibles a través del Departamento de Salud Mental del condado de Los Angeles (LACDMH), del Departamento de Salud Mental del condado de Santa Clara y del Departamento de Servicios para Alcoholismo y Drogadicción si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Entre los servicios de medicamentos de Medi-Cal que se brindan a través del Departamento de Salud Mental del condado de Los Angeles (LACDMH), del Departamento de Salud Mental del condado de Santa Clara y del Departamento de Servicios para Alcoholismo y Drogadicción se incluyen los siguientes:

- Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- Servicios de tratamiento residencial
- Servicios gratuitos de medicamentos ambulatorios
- Servicios de tratamiento para narcóticos
- Servicios de tratamiento con naltrexona para casos de dependencia de opioides

Entre los servicios del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal se incluyen los siguientes:

- Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo y para pacientes ambulatorios
- Medicamentos para tratar adicciones (también conocido como tratamiento asistido con medicamentos)
- Servicios de tratamiento residencial y para pacientes internados

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- Manejo de la abstinencia
- Servicios de tratamiento para narcóticos
- Servicios de recuperación
- Coordinación de cuidado

Además de los servicios enumerados anteriormente, puede tener acceso a servicios de desintoxicación voluntaria para pacientes internados si cumple con los criterios.

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 qué tipos de servicios necesita y lo ayudará a elegir 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 y/o la autorización previa, usted o su administrador de casos pueden programar una cita.

F. Servicios de transporte

F1. Transporte médico para situaciones que no son emergencias

Tiene derecho a solicitar servicios de transporte médico que no sea de emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten ir a sus citas en automóvil, autobús o taxi. Se puede brindar transporte médico que no sea de emergencia para servicios cubiertos, como citas médicas, dentales, de salud mental, por abuso de sustancias y de farmacia. Si necesita transporte médico que no es de emergencia, puede hablar con su PCP y solicitarlo. El PCP decidirá cuál es el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades. Si necesita transporte médico que no es de emergencia, el PCP debe completar un formulario y enviarlo a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) para obtener la aprobación. Según su necesidad médica, la aprobación será válida durante un año. Su PCP reevaluará su necesidad de transporte médico que no sea de emergencia para volver a obtener la aprobación cada 12 meses.

Las ambulancias, los vehículos con camilla, los vehículos para silla de ruedas o el transporte aéreo son considerados transporte médico que no es de emergencia. Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) brinda el servicio de transporte cubierto de menor costo y el servicio de transporte médico que no es de emergencia más apropiado para sus necesidades médicas cuando necesita trasladarse a una cita. Por ejemplo, si su condición física o médica le permite trasladarse en un vehículo para silla de ruedas, Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) no pagará una ambulancia. Solo tiene derecho a solicitar transporte aéreo si no puede trasladarse mediante ningún tipo de transporte terrestre debido a su condición médica.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



El transporte médico que no sea de emergencia debe solicitarse en los siguientes casos:

- Su PCP lo determinó con una autorización por escrito debido a su necesidad física o médica, la cual no le permite ir a la cita en autobús, taxi, automóvil o camioneta.
- Necesita ayuda del conductor para trasladarse hacia y desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental.

Para solicitar transporte médico que haya sido indicado por su médico para ir a **citas de rutina** que no sean de urgencia, llame a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) al **1-844-923-0744** (TTY: **711**) al menos 48 horas (de lunes a viernes) antes de su cita.

Para **citas de urgencia**, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación del miembro cuando realice la llamada. También puede llamar si necesita más información.

Límites para el transporte médico

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) cubre el servicio de transporte médico de menor costo que satisface sus necesidades médicas desde su casa hasta el proveedor más cercano que tenga una cita disponible. No se brindará transporte médico si el servicio no está cubierto por Medicare o Medi-Cal. Si el servicio que se brinda en la cita está cubierto por Medi-Cal, pero no a través del plan médico, Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) lo ayudará a programar el transporte. En el Capítulo 4 de este manual se incluye una lista de los servicios cubiertos. El transporte fuera de la red o del área de servicio de Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) no está cubierto, a menos que se obtenga una autorización previa.

F2. Transporte no médico

Los beneficios de transporte no médico incluyen el traslado hacia y desde las citas para obtener un servicio autorizado por su proveedor. Puede obtener servicios de transporte sin costo para lo siguiente:

- Trasladarse hacia y desde una cita para obtener un servicio autorizado por su proveedor, o
- Retirar recetas y suministros médicos.

Con Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) puede solicitar un automóvil, un taxi, un autobús u otra forma pública o privada de trasladarse a la cita no médica para obtener servicios autorizados por su proveedor. Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) usa American Logistics. Cubrimos el servicio de transporte no médico de menor costo que satisface sus necesidades.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



A veces, se le puede reembolsar por traslados en un vehículo privado coordinado por usted. Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) debe aprobar este traslado **antes** de que lo realice, y usted debe informarnos por qué no puede trasladarse de otra manera, por ejemplo, en autobús. Puede informarnos llamando a Servicios para Miembros. **No puede obtener el reembolso si usted es el conductor.**

Para obtener el reembolso de millas, se requiere todo lo siguiente:

- Licencia de conducir del conductor
- Registro del vehículo del conductor
- Comprobante del seguro del automóvil para el conductor

Para solicitar transporte para obtener servicios autorizados, llame a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) al **1-844-923-0744** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes al menos 48 horas (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas de urgencia**, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación del miembro cuando realice la llamada. También puede llamar si necesita más información.

Nota: Los amerindios pueden comunicarse con la Clínica de Salud Indígena local para solicitar transporte no médico.

Límites para el transporte no médico

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) brinda el servicio de transporte no médico de menor costo que satisface sus necesidades desde su casa hasta el proveedor más cercano que tenga una cita disponible. **Usted no puede ser la persona que conduce ni recibir directamente el reembolso.**

No se puede solicitar transporte no médico en los siguientes casos:

- Se necesita una ambulancia, un vehículo con camilla, un vehículo para silla de ruedas u otra forma de transporte médico que no sea de emergencia para ir a obtener un servicio.
- Usted necesita ayuda del conductor para trasladarse hacia y desde la residencia, el vehículo o el lugar de tratamiento debido a una condición médica o física.
- Usted está en una silla de ruedas y no puede subirse ni bajarse del vehículo sin la ayuda del conductor.
- El servicio no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



G. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando son necesarios de forma urgente o durante un desastre

G1. Atención en caso de emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como dolor intenso o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no se recibe atención médica de inmediato, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que ocurra lo siguiente:

- Un riesgo importante para su salud o la del hijo por nacer; •
- Un daño grave en las funciones corporales; •
- Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; •
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, 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 hijo por nacer.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencia o el hospital más cercanos. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. **No** es necesario que obtenga la aprobación o una remisión del PCP. No hace falta que el proveedor sea de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite en cualquier lugar dentro de los EE. UU. o sus territorios en todo el mundo de cualquier proveedor que tenga una certificación apropiada del estado.
- **Comuniqué su emergencia a nuestro plan lo antes posible.** Realizaremos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para informarnos de su atención de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Puede encontrar esta información en el dorso de su tarjeta de identificación del miembro.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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 emergencia, nuestro plan lo cubre. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

El plan Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) ofrece cobertura suplementaria limitada de atención médica de emergencia en caso de que los miembros se encuentren fuera de los Estados Unidos. Consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener más detalles.

Una vez que finaliza la emergencia, es posible que necesite recibir cuidado de seguimiento para garantizar que se mejore. Nuestro plan cubre el cuidado 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. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencia, nuestro plan lo cubre. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios del **Capítulo 4** del *Manual del miembro*.

Este plan cubre los servicios de emergencia si está de viaje fuera de los Estados Unidos durante menos de seis meses. La cobertura se limita a \$100,000 por año para los servicios de emergencia en el extranjero. Este es un beneficio suplementario. El programa federal de Medicare no cubre este servicio. Debe pagar los costos que superen los \$100,000 y todos los costos necesarios para su regreso al área de servicio. Es posible que tenga la opción de adquirir un seguro de viaje adicional a través de una agencia autorizada. Copago de \$0 para cada consulta de atención de urgencia, servicio de transporte terrestre de emergencia o visita a la sala de emergencia que el plan cubra en el extranjero. Si necesita atención de emergencia mientras se encuentra fuera de los Estados Unidos o de sus territorios, llame al programa Blue Cross Blue Shield Global Core al 1-800-810-BLUE (1-800-810-2583). O llame con cobro revertido al 1-804-673-1177. Podemos ayudarlo las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

El proveedor que le brinda atención de emergencia decide cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado. Seguirá brindándole tratamiento y se contactará con nosotros para planificar el cuidado de seguimiento si lo necesita para mejorarse.

Nuestro plan cubre su cuidado 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. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado de pacientes hospitalizados después de que su condición de emergencia se estabiliza, deberá recibirlo en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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.

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

- Usted usa un proveedor de la red, **o**
- El cuidado adicional que recibe se considera “cuidado necesario de forma urgente” y usted sigue las normas (consulte la Sección H2) para obtener este cuidado.

G2. Cuidado necesario de forma urgente

Por “cuidado necesario de forma urgente” se entiende el cuidado que usted recibe en una situación que no es una emergencia, pero que requiere que se le brinde cuidado de inmediato. Por ejemplo, se podría exacerbar una condición existente o tener un dolor de garganta intenso durante el fin de semana y necesitar tratamiento.

Cuidado necesario de forma urgente dentro del área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubriremos el cuidado necesario de forma urgente solo si:

- Recibe la atención de un proveedor de la red, **y**
- Sigue las normas que se describen en este capítulo.

Si no es posible o razonable que usted acuda a un proveedor de la red, cubriremos el cuidado necesario de forma urgente que reciba de un proveedor fuera de la red.

Los servicios de urgencia pueden obtenerse a través de proveedores dentro de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores dentro de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente. Los costos compartidos para los servicios de urgencia necesarios fuera de la red son los mismos que los de los servicios que se prestan dentro de la red. La cobertura de servicios de urgencia se brinda en todo el mundo.

Cuidado necesario de forma urgente fuera del área de servicio de nuestro plan

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

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Este plan cubre los servicios de emergencia si está de viaje fuera de los Estados Unidos durante menos de seis meses. La cobertura se limita a \$100,000 por año para los servicios de emergencia en el extranjero. Este es un beneficio suplementario. El programa federal de Medicare no cubre este servicio. Debe pagar los costos que superen los \$100,000 y todos los costos necesarios para su regreso al área de servicio. Es posible que tenga la opción de adquirir un seguro de viaje adicional a través de una agencia autorizada. Copago de \$0 para cada servicio de urgencia cubierto en el extranjero. Si necesita atención de urgencia mientras se encuentra fuera de los Estados Unidos o de sus territorios, llame al programa Blue Cross Blue Shield Global Core al 1-800-810-BLUE (1-800-810-2583). O llame con cobro revertido al 1-804-673-1177. Podemos ayudarlo las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Puede tener servicios adicionales cubiertos de acuerdo con sus beneficios y las pautas de Medi-Cal.

G3. 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 declaran zona de desastre o emergencia su área geográfica, usted no pierde su derecho a recibir cuidado de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita cuando se declara una situación de desastre: shop.anthem.com/medicare/ca.

Cuando se declara una situación de desastre y usted no puede acudir a un proveedor de la red, puede recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir su receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** del *Manual del miembro*.

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

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

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

Si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** del *Manual del miembro* para saber qué debe hacer.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



H1. Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios que reúnen estos requisitos:

- son médicamente necesarios, **y**
- figuran en el Cuadro de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** del Manual del miembro), **y**
- usted los obtiene siguiendo las normas del plan.

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

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

En el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*, se explica lo que tiene que hacer si quiere que cubramos un artículo o servicio médico. También se indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta un cierto límite. Si pasa ese límite, debe pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame a Servicios para Miembros para averiguar cuáles son los límites de los beneficios y cuánto ha usado hasta el momento.

I. Cobertura de servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica

I1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también conocido como ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos o de cuidado médico. En los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, por lo general, se solicita la participación de voluntarios.

Una vez que Medicare apruebe un estudio en el que usted quiera participar, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted. Esta persona le brindará información sobre el estudio y averiguará si usted califica para ingresar. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con las condiciones requeridas. Debe entender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Mientras participa en el estudio, puede seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, nuestro plan seguirá cubriendo la atención y los servicios que no estén relacionados con el estudio.

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

Le recomendamos que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de cuidado deben comunicarse con Servicios para Miembros e informarnos que usted participará en un ensayo clínico.

I2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si participa de manera voluntaria en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no paga nada por los servicios cubiertos del estudio. Medicare paga los servicios cubiertos del estudio además de los costos de rutina asociados a su atención. Cuando ingresa a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, la mayoría de los artículos y servicios que reciba como parte del estudio están cubiertos. Esto incluye lo siguiente:

- Habitación y comida para una hospitalización que Medicare pagaría de todos modos.
- 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 ingresa a un estudio que Medicare **no** haya aprobado, debe pagar los costos que implique la participación en el estudio.

I3. Cómo obtener más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede leer el manual “Medicare y Pruebas Clínicas” en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf) para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica. 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.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



J. Cómo se cubren los servicios médicos brindados en una institución religiosa de cuidado de salud no médico

J1. Definición de una institución religiosa de cuidado de salud no médico

Una institución religiosa de cuidado de salud no médico es un establecimiento que brinda atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada.

Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de sus creencias religiosas, cubriremos la atención en una institución religiosa de cuidado de salud no médico. Este beneficio es únicamente para los servicios de Medicare Parte A para pacientes hospitalizados (servicios de cuidado de salud no médicos).

J2. Atención en una institución religiosa de cuidado de salud no médico

Para recibir atención en una institución religiosa de cuidado de salud no médico debe firmar un documento legal donde se indique que se opone a recibir tratamiento médico que sea “no excluido”.

- Tratamiento médico “no excluido” es cualquier atención que sea **voluntaria y no sea obligatoria** según cualquier ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “excluido” corresponde a la atención que **no se considera voluntaria y que es obligatoria** según la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de cuidado de salud no médico debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a aspectos del cuidado no religiosos.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro:
 - Debe tener una condición médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes al cuidado hospitalario para pacientes internados o la atención en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de su admisión en el centro; de lo contrario, **no** se cubrirá su estadía.

Se aplican límites de cobertura en hospitales para pacientes internados de Medicare.

Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios del Capítulo 4.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



K. Equipo médico duradero (DME)

K1. Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan

El DME incluye ciertos artículos médicamente necesarios solicitados por un proveedor, por ejemplo, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón motorizado, suministros para la diabetes, camas de hospital que el proveedor solicite para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, 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 alquila. Conforme a Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser propietarios del equipo después de pagar los copagos correspondientes al artículo durante 13 meses. Como miembro de nuestro plan, **no** obtendrá la propiedad del DME, independientemente del tiempo que lo tenga alquilado.

El equipo médico duradero **no** será de su propiedad ni siquiera cuando lo haya obtenido a través de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan y lo haya usado durante 12 meses consecutivos.

K2. Propiedad del DME si se cambia a Medicare Original

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que hizo mientras estuvo inscrito en nuestro plan **no** se tienen en cuenta para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME en Medicare Original **antes** de incorporarse a nuestro plan, estos pagos anteriores no se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos luego de regresar a Medicare Original para adquirir la propiedad del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Medicare Original.

K3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para obtener equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- Tubos y accesorios relacionados para la entrega del oxígeno y los contenidos del oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Deberá devolver el equipo de oxígeno al propietario cuando deje de ser médicamente necesario, o si usted se retira de nuestro plan.

K4. Equipo de oxígeno si se cambia a Medicare Original

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted se retira de nuestro plan para cambiarse a Medicare Original**, deberá alquilárselo a un proveedor durante 36 meses.

Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios que se indicaron anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su proveedor deberá brindarle lo siguiente:

- El equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- El equipo de oxígeno y los suministros por hasta cinco años, si son médicamente necesarios.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al finalizar el periodo de cinco años**:

- Su proveedor ya no tiene la obligación de proporcionárselo y usted podrá elegir recibir un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo periodo de cinco años.
- Usted se lo alquilará a un proveedor por 36 meses.
- Su proveedor le brindará el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada cinco años siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Capítulo 4: Cuadro de beneficios

Introducción

En este capítulo se describen los servicios que cubre nuestro plan y las restricciones o limitaciones que tienen dichos servicios. También se incluye información de 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*.

Nuevos miembros de Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP): Por lo general, se lo inscribirá en *Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)* para obtener los beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente al que solicita ser inscrito en *Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)*. Es posible que siga recibiendo los servicios de Medi-Cal a través de su plan médico anterior durante un mes más. Luego, comenzará a recibir los servicios de Medi-Cal a través de **Anthem Medi-Cal**. No habrá ningún periodo sin cobertura en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al **1-844-309-6996** (TTY: **711**) si tiene preguntas.

Índice

A. Sus servicios cubiertos	59
B. Normas para evitar que los proveedores le cobren los servicios	59
C. Acerca del Cuadro de beneficios de nuestro plan.....	59
D. Cuadro de beneficios de nuestro plan.....	63
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	124
E1. Transiciones a la Comunidad de California (CCT)	124
E2. Programa Dental de Medi-Cal	125
E3. Cuidado para enfermos terminales.....	126
F. Beneficios que no están cubiertos por Medicare, Medi-Cal ni nuestro plan.....	127

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



A. Sus servicios cubiertos

En este capítulo se describen los servicios que cubre nuestro plan. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información de los beneficios de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5**. En este capítulo se explican además los límites para algunos servicios.

Ya que usted recibe asistencia de Medi-Cal, no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando siga las normas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** del *Manual del miembro* para obtener información detallada de las normas del plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a Servicios para Miembros al 1-844-309-6996 (TTY: 711).

B. Normas para evitar que los proveedores le cobren los servicios

No permitimos que los proveedores dentro de la red le facturen los servicios cubiertos. Les pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos contra cualquier cobro. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por el servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si ese es el caso, consulte el **Capítulo 7** del *Manual del miembro* o llame a Servicios para Miembros.

C. Acerca del Cuadro de beneficios de nuestro plan

En el Cuadro de beneficios, se indican los servicios que paga nuestro plan. Se indican los servicios cubiertos en orden alfabético y se brinda una explicación sobre estos.

Pagamos los servicios mencionados en el Cuadro de beneficios cuando se cumplen las siguientes normas. No paga ninguno de los servicios mencionados en el Cuadro de beneficios siempre y cuando cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

- Se deben brindar los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal según las normas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
 - Los servicios (incluido el cuidado médico, los servicios de salud conductual y de abuso de sustancias, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser “médicamente necesarios”. Con este término, se describen los servicios, los suministros o los medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o bien para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que usted vaya a un hospital o a un hogar de ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
-

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- Usted recibe atención 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** pagamos la atención que recibe de un proveedor fuera de la red. En el **Capítulo 3** del *Manual del miembro* hay más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de cuidado médico que le brinda atención y la supervisa. En la mayoría de los casos, el PCP deberá darle una aprobación antes de consultar a otro proveedor que no sea su PCP o de usar otros proveedores de la red del plan. Esto se conoce como remisión. En el **Capítulo 3** del *Manual del miembro* hay más información sobre cómo obtener una remisión y se explica cuándo **no** se necesita una.
- Debe recibir atención de proveedores que estén afiliados con el grupo médico de su PCP. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** del *Manual del miembro*.
- Algunos de los servicios mencionados en el Cuadro de beneficios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación primero. Esto se denomina autorización previa. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se marcan en el Cuadro de beneficios con una nota.
- Si usted se encuentra dentro del periodo de tres meses de elegibilidad continua de nuestro plan, seguiremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos en el plan estatal de Medicaid correspondiente. Los montos de costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y suplementarios de Medicare no cambian durante este periodo.
- Medicare aprobó que Anthem proporcione estos beneficios y/o copagos/coseguros más bajos como parte del programa de Diseño de Seguros Basado en el Valor (Value-Based Insurance Design). Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.

Información importante sobre los beneficios para todos los inscritos que participan en los servicios de planificación del bienestar y la atención médica (WHP)

Debido a que Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) participa en determinados beneficios del programa de Diseño de Seguros Basado en el Valor (los beneficios se marcan en el Cuadro de beneficios médicos con una nota al pie), usted será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluidos los servicios de planificación anticipada de la atención (ACP):

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Un recurso en línea de planificación anticipada de la atención, llamado MyDirectives®. Este recurso lo ayuda a crear una directiva anticipada a través de la cual puede combinar aspectos de los siguientes documentos: • Testamento vital: decisiones sobre los tratamientos médicos que le gustaría recibir o no • Poder legal para cuidado médico: designación de uno o más agentes de cuidado médico que puedan tomar decisiones médicas por usted en caso de que no pueda hacerlo • Formulario de donación de órganos • Y mucho más, incluidas las declaraciones de preferencias religiosas. Puede crear un nuevo plan de salud digital en MyDirectives® o, si ya tiene estos documentos preparados, puede subirlos para compartirlos de manera más fácil con las personas que necesiten obtener acceso a ellos. MyDirectives® está disponible para usted y sus proveedores de cuidado médico designados las 24 horas, los 7 días de la semana. Puede agregar nueva información en cualquier momento, a medida que cambien su estado de salud o sus deseos. Para comenzar, inicie sesión en el portal para miembros de Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP). Luego, busque Programas (Programs) en el panel y seleccione Programas de Directivas Anticipadas (Advance Directive Programs). De esta forma, será redirigido a MyDirectives® para crear una nueva cuenta o vincular su cuenta actual a este recurso. La participación en cualquier programa que ofrezca los servicios de planificación del bienestar y la atención médica, o de planificación anticipada de la atención es voluntaria, y usted puede rechazar los servicios en cualquier momento.

Información importante sobre los beneficios para todos los inscritos: Debido a que recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro, es elegible para otros beneficios suplementarios y/o costos compartidos reducidos específicos. **Los miembros de este plan no pagarán nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D** en ninguna de las etapas de cobertura de la Parte D.

- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana 🍏 al lado de los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.
- **Apoyo comunitario:** *Puede estar disponible como parte de su plan de atención individualizado.* El apoyo comunitario incluye servicios o entornos alternativos que son costo-efectivos y adecuados por motivos médicos. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si reúne los requisitos, estos servicios pueden ayudarlo a vivir con mayor independencia. No reemplazan los beneficios que ya recibe a través de Medi-Cal. El servicio de apoyo comunitario que ofrecemos incluye:
 - **Servicios de transición a una casa en la comunidad:** Para miembros que viven en un centro de enfermería (NF) y que quieren regresar a la comunidad de forma segura, pero necesitan ayuda para hacerlo

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- **Habilitación diurna:** Capacitación para obtener habilidades para abordar cuestiones financieras, laborales, de la vida diaria, etc., a fin de garantizar la estabilidad en la comunidad
- **Modificaciones en el hogar** que pueden ayudar al miembro a permanecer en su casa, como rampas y barras de apoyo para la ducha
- **Depósitos para la vivienda:** Ayuda para realizar pagos de depósitos de seguridad, depósitos de servicios públicos y otros tipos de pagos para obtener una vivienda; el miembro también debe participar en los servicios de traslado para el cambio de vivienda
- **Servicios de alquiler y conservación de la vivienda:** Apoyo para que el miembro encuentre una vivienda o permanezca en ella
- **Servicios de traslado para el cambio de vivienda:** Asistencia con la elaboración de un plan de apoyo para la vivienda a fin de identificar las dificultades para obtener una vivienda, además de ayuda con la búsqueda de vivienda, con los propietarios y con cualquier otra actividad que facilite la colocación en una vivienda
- **Cuidado médico de relevo:** Colocación de hasta 90 días para personas sin hogar o en situaciones de vida inestables que están demasiado enfermas o frágiles para recuperarse en su entorno de vida habitual y que necesitan supervisión clínica (manejo o administración de medicamentos o asistencia con actividades de la vida diaria [ADL]), pero que no necesitan el nivel de atención de un centro de enfermería (NF)
- **Comidas de apoyo médico o adaptadas a las necesidades médicas:** Hasta dos comidas por día o cupones para alimentos saludables para miembros que tienen una necesidad clínica de seguir una dieta especial y que no tienen otros recursos para ayudarlos a prepararse comidas
- **Transición a centros de vida asistida (ALF) o alternativas para centros de enfermería:** Para miembros de la comunidad que corren el riesgo de ser colocados en un NF o que actualmente viven en un NF, y que necesitan ayuda para encontrar un ALF para vivir
- **Cuidado personal:** Horas de cuidado personal suplementario para las personas que están esperando recibir Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) o, junto con los IHSS, en ciertas situaciones de accesibilidad en el entorno

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- **Cuidado de relevo:** Para miembros con cuidadores informales que corren el riesgo de no poder brindar cuidados informales sin descanso
 - **Vivienda temporal luego de una hospitalización:** Colocación de hasta 180 días para personas sin hogar y que necesitan supervisión clínica; al miembro se le ofrecerán servicios de traslado para el cambio de vivienda
 - **Centro de desintoxicación:** colocación temporal, durante no más de 24 horas, en este centro, en lugar de la sala de emergencia o la cárcel, para personas que consumieron sustancias y que necesitan recuperar la sobriedad y recibir servicios de trastorno de abuso de sustancias (SUD)
 - **Manejo del asma:** Apoyo para garantizar la seguridad en el hogar y evitar que el asma empeore
- Si necesita ayuda o quiere saber qué servicio de apoyo comunitario puede estar disponible para usted, llame al 1-844-309-6996 (TTY: 711) o comuníquese con su proveedor de cuidado médico.

D. Cuadro de beneficios de nuestro plan

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Pagamos un único ultrasonido para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted presenta ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero especializado o enfermero clínico especializado.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Acupuntura (cubierta por Medicare)</p> <p>Para el dolor lumbar crónico</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como un dolor que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • no es específico (no se puede identificar una causa sistémica; por ejemplo, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está relacionado con una cirugía; y • no está relacionado con un embarazo. <p>Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted presenta una mejoría. No podrá recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico por año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cubiertos por Medicare se deberán interrumpir si su estado no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos para los proveedores: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), los enfermeros especializados (NP)/ enfermeros clínicos especializados (CNS) (según se define en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales pertinentes y tienen un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (p. ej., Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Acupuntura (cubierta por Medicare) (continuación)</p> <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo un nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS, conforme a nuestras reglamentaciones en el 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p> <p>Hable con su proveedor para obtener una remisión y/o autorización previa.</p> <p>Acupuntura (suplementaria)</p> <p>Este plan cubre visitas ilimitadas de acupuntura suplementaria por año.</p>	
<p>Pruebas de detección y consejería para el abuso del alcohol</p> <p>Pagamos una evaluación sobre abuso de alcohol (SABIRT) para adultos que abusen del alcohol, pero que no sean dependientes del alcohol. Esto incluye mujeres embarazadas.</p> <p>Si la prueba de detección de abuso del alcohol le da positiva, puede recibir hasta cuatro sesiones cortas de consejería cara a cara por año (siempre que durante las sesiones esté alerta y sea capaz) con un proveedor de atención primaria calificado u otro profesional en un entorno de atención primaria.</p> <p>Centro de desintoxicación: colocación temporal, durante no más de 24 horas, en este centro, en lugar de la sala de emergencia o la cárcel, para personas que consumieron sustancias y que necesitan recuperar la sobriedad y recibir servicios de trastorno de abuso de sustancias (SUD)</p> <p>Hable con su proveedor para obtener una remisión y/o autorización previa.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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, de ala fija o de ala rotatoria (helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su condición 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 casos que no son de emergencia, podemos pagar una ambulancia. Su condición debe ser tan grave que otras formas de llegar a un lugar de atención pondrían en riesgo su vida o salud.</p>	\$0
	<p>Visita anual de bienestar</p> <p>Usted debe hacerse un chequeo anual. Esto es para crear o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Pagamos este servicio una vez cada 12 meses.</p>	\$0
	<p>Examen físico de rutina anual</p> <p>Además del examen de “Bienvenida a Medicare” o de la visita anual de bienestar, tiene cobertura para realizarse un examen físico de rutina por año. El examen físico de rutina incluye un examen integral y una evaluación de su estado de salud y sus enfermedades crónicas.</p>	\$0
	<p>Servicios preventivos para tratar el asma</p> <p>Puede recibir educación sobre el asma y una evaluación ambiental en el hogar para detectar los desencadenantes que suelen encontrarse en las casas de las personas que no controlan el asma de manera adecuada.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Examen de densitometría ósea</p> <p>Pagamos ciertos procedimientos para miembros que califiquen (generalmente, alguien en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o descubren la calidad ósea.</p> <p>Pagamos los servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia en caso de que sean médicamente necesarios. También le pagaremos a un médico para que analice y haga observaciones sobre los resultados.</p>	\$0
	<p>Prueba de detección de cáncer de mamas (mamografías)</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 	\$0
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>Pagamos servicios de rehabilitación cardíaca como ejercicios, educación y consejería. Los miembros deben reunir ciertas condiciones y tener la remisión de un médico.</p> <p>También cubrimos programas de rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Hable con su proveedor para obtener una remisión y/o autorización previa.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Visita para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)</p> <p>Cubrimos una visita por año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de que desarrolle una enfermedad cardíaca. Durante la 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, y/o • Brindarle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien. 	\$0
	<p>Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>Pagamos análisis de sangre para buscar enfermedades cardiovasculares 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 MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</p> <p>Pagamos 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 vaginal o de cuello uterino: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para mujeres que han obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años y están en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para mujeres de 30 a 65 años: una prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH) o Papanicolaou, más una prueba de detección del VPH una vez cada cinco años 	\$0
	<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. <p>Es posible que haya servicios adicionales. Comuníquese con su coordinador de cuidado para recibir ayuda.</p> <p>Hable con su proveedor para obtener una remisión y/o autorización previa.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas a partir de los 50 años, pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o prueba de detección de enema opaco) cada 48 meses • Prueba de sangre oculta en heces cada 12 meses • Prueba de sangre oculta en heces basado en guayacol o análisis inmunoquímico de las heces cada 12 meses • Prueba de detección colorrectal basada en ADN cada tres años • Colonoscopia cada 10 años (pero no antes de transcurridos 48 meses desde una sigmoidoscopia de detección) • Colonoscopia (o prueba de detección de enema opaco) cada 24 meses para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal 	\$0
	<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 al que las personas asisten de acuerdo con un programa. Proporcionan cuidado especializado de enfermería, servicios sociales, terapias (incluida terapia física, ocupacional y del habla), cuidado personal, capacitación y apoyo para familias/cuidadores, servicios de nutrición, servicios de transporte y otros servicios. Pagamos 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>	\$0

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si usted consume tabaco, pero no presenta síntomas ni signos de enfermedades relacionadas con el tabaco, y quiere o necesita dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos intentos para dejar el hábito en un periodo de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. En cada intento se incluyen hasta cuatro visitas de consejería cara a cara. <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"> • Pagamos dos intentos con consejería para dejar el hábito en un periodo de 12 meses. En cada intento con consejería se incluyen hasta cuatro visitas cara a cara. <p>Si está embarazada, puede recibir sesiones ilimitadas de consejería para dejar de fumar con autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original.</p> <p>Debe acudir a un proveedor dentro de la red médica de Anthem MediBlue Dual Advantage (HMO D-SNP). Encontrará a estos proveedores en el Directorio de proveedores. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.</p> <p>Servicios dentales (suplementarios)</p> <p>Este plan proporciona cobertura dental adicional que no está cubierta por Medicare Original. Este plan cubre lo siguiente: dos exámenes orales, dos limpiezas, una radiografía dental y un tratamiento de flúor por año.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Estos servicios dentales preventivos se limitan a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - D0120: Evaluación oral periódica - D0150: Evaluación oral integral - D1110: Profilaxis, adulto - D0210: Serie completa de imágenes radiográficas, intrabucuales - D0330: Imagen radiográfica panorámica - D1208: Aplicación tópica de flúor, excluido el barniz <p>Este plan cubre hasta una asignación de \$1,500.00 por año para servicios dentales integrales cubiertos.</p> <p>Se vencerá todo monto que no se haya utilizado para el final del año calendario.</p> <p>Nuestra asignación dental integral puede usarse para obtener cualquier servicio dental, incluidos, entre otros, los siguientes: exámenes, limpiezas, radiografías, limpiezas profundas de dientes, tratamientos de flúor, empastes y reparaciones, tratamientos de conducto (endodoncia), coronas dentales (fundas), puentes e implantes, dentaduras postizas, extracciones y otros servicios adicionales.</p> <p>Para estar cubierto dentro de la red, debe acudir a un proveedor que tenga contrato con nuestro proveedor dental para proporcionar servicios dentales suplementarios. La atención que reciba de un proveedor que no forma parte de nuestra red dental suplementaria no está cubierta.</p> <p>Hable con su proveedor para obtener una remisión y/o autorización previa.</p> <p>Puede tener beneficios adicionales a través de Medi-Cal. Comuníquese con su coordinador de cuidado para obtener información detallada.</p>	

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Prueba de detección de depresión</p> <p>Pagamos una prueba de detección de depresión cada año. Debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y remisiones.</p>	\$0
	<p>Prueba de detección de diabetes</p> <p>Pagamos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucemia en ayunas) en caso de que tenga cualquiera de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión) • Historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Historial de nivel alto 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 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Entrenamiento de autoadministración para la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Pagamos los siguientes servicios para todas las personas con diabetes (ya sea que utilicen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para monitorear la glucosa en sangre, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un monitor de glucosa en sangre ○ Tiras reactivas para medir la glucosa en sangre ○ Dispositivos de punción y lancetas ○ Soluciones para el control de la glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores • Para personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave, pagamos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluidas las plantillas), con ajuste incluido, y dos pares de plantillas adicionales por cada año calendario, o ○ Un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas por año (no incluye las plantillas extraíbles no personalizadas que se proporcionan con esos zapatos) • En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarlo a manejar la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. 	\$0
<p>Servicios de doula</p> <p>Si está embarazada, pagamos nueve visitas con una doula durante el periodo prenatal y de posparto, así como apoyo durante el trabajo de parto y el parto.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>Consulte el último capítulo del <i>Manual del miembro</i> para conocer la definición de “equipo médico duradero (DME)”.</p> <p>Cubrimos los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas, incluidas las sillas de ruedas eléctricas • Muletas • Sistemas de colchón motorizado • Almohadilla de presión seca para el colchón • Suministros para diabéticos • Camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar • Bombas de infusión intravenosa (IV) y portasuero • Suministros y bomba de nutrición enteral • Dispositivos generadores de voz • Equipos y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andadores • Bastón de cuatro patas o con mango curvo estándar y suministros de reemplazo • Equipo de tracción cervical (para instalación sobre la puerta) • Estimulador óseo • Equipo de atención de diálisis <p>Se pueden cubrir otros artículos.</p> <p>Junto con este <i>Manual del miembro</i>, le enviamos la lista de DME de nuestro plan. En la lista, se incluyen las marcas y los fabricantes del DME que pagamos. También puede encontrar la lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores en nuestro sitio web shop.anthem.com/medicare/ca.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Este plan cubre un monitor de glucosa en sangre por año calendario.</p> <p>Se cubre una dosis máxima de 100 unidades de tiras reactivas para medir la glucosa en sangre cada 30 días para los pacientes que presentaron una reclamación de insulina en los últimos 180 días.</p> <p>Se cubre una dosis máxima de 50 unidades de tiras reactivas para medir la glucosa en sangre cada 30 días para los pacientes que no presentaron una reclamación de insulina en los últimos 180 días.</p> <p>Se cubren 100 unidades de lancetas cada 30 días y hasta 300 unidades para un suministro para 90 días.</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Por lo general, nuestro plan cubre cualquier DME cubierto por Medicare y Medi-Cal de las marcas y los fabricantes de esta lista. No cubrimos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que usted necesita esa marca. Sin embargo, si se inscribió recientemente en nuestro plan y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos pagando esta marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, hable con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después del periodo de 90 días. (Si está en desacuerdo con su médico, puede solicitarle una remisión para obtener una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su médico) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su médico pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su médico acerca de qué producto o marca es adecuado para su condición médica. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 del <i>Manual del miembro</i>.</p> <p>Si nuestro proveedor en su área no tiene dispositivos de una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista de proveedores más actualizada está disponible en nuestro sitio web. Si recibe un artículo de equipo médico duradero mientras está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada, el costo estará incluido en su reclamación de paciente internado.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Medicare cubre los monitores continuos de glucosa (CGM) con fines terapéuticos y los suministros relacionados si estos cumplen con los criterios de determinación de cobertura nacional (NCD) y de determinación sobre la cobertura local (LCD) de Medicare. Además, cuando no haya criterios de NCD/LCD, los CGM con fines terapéuticos deberán respetar los límites de beneficios del plan y las pautas de práctica clínica basadas en la evidencia del plan.</p> <p>Este plan solo cubre el monitor continuo de glucosa (CGM) FreeStyle Libre. No cubriremos otras marcas, a menos que su proveedor nos indique que esto es médicamente necesario. Los CGM se DEBEN comprar en una farmacia minorista de la red o en nuestra farmacia de pedido por correo para que estén cubiertos. Si usted compra estos suministros a través de un proveedor de equipo médico duradero (DME), estos artículos no estarán cubiertos.</p> <p>Limitaciones de la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dos sensores por mes - Un receptor cada dos años <p>Las bombas de insulina son diferentes a un CGM y se pueden comprar a través de un proveedor de DME.</p> <p>Su proveedor debe obtener nuestra aprobación para los artículos como vehículos eléctricos, sillas de ruedas eléctricas y artículos relacionados, y sillas de ruedas y camas que no sean las estándares. Su proveedor también necesita aprobación para los monitores continuos de glucosa con fines terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Este plan solo cubre los ácidos hialurónicos DUROLANE, EUFLEXXA, SUPARTZ y Gel-SYN-3.</p> <p>No cubriremos otras marcas, a menos que su proveedor nos indique que esto es médicamente necesario.</p> <p>Hable con su proveedor para obtener una remisión y/o autorización previa.</p>	

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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 proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia, y • Son necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una condición médica con dolor intenso o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no se recibe atención médica de inmediato, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que ocurra lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un riesgo importante para su salud o la del hijo por nacer; o • Un daño grave en las funciones corporales; o • Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, 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 pueda poner en riesgo su salud o seguridad, o las del hijo por nacer. <p>Atención de emergencia en el extranjero</p> <p>Este plan cubre los servicios de emergencia si está de viaje fuera de los Estados Unidos durante menos de seis meses.</p> <p>La cobertura se limita a \$100,000 por año para los servicios de emergencia en el extranjero. Este es un beneficio suplementario. El programa federal de Medicare no cubre este servicio. Debe pagar los costos que superen los \$100,000 y todos los costos necesarios para su regreso al área de servicio. Es posible que tenga la opción de adquirir un seguro de viaje adicional a través de una agencia autorizada.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y requiere cuidado de pacientes hospitalizados después de estabilizada su emergencia, deberá regresar a un hospital de la red para que se continúe pagando la atención. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir cuidado de pacientes hospitalizados únicamente si nuestro plan aprueba su estadía.</p> <p>Copago de \$0 para cada consulta de atención de urgencia, servicio de transporte terrestre de emergencia o visita a la sala de emergencia que el plan cubra en el extranjero.</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia (continuación)</p> <p>Si necesita atención de emergencia mientras se encuentra fuera de los Estados Unidos o de sus territorios, llame al programa Blue Cross Blue Shield Global Core al 1-800-810-BLUE (1-800-810-2583). O llame con cobro revertido al 1-804-673-1177. Podemos ayudarlo las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>	
<p>Extras Esenciales</p> <p>Puede elegir solo dos (2) beneficios suplementarios por año de los que figuran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos de asistencia: \$500 por año • Cuenta flexible para cuidado dental, de visión y de la audición: \$500 por año • Cuenta flexible para servicios públicos: \$50 por mes • Alimentos saludables: \$50 por mes • Apoyo en el hogar: 60 horas por año • Transporte: 60 viajes de ida por año <p>Para obtener más información sobre los beneficios, consulte a continuación.</p> <p>Usted no paga nada por las dos (2) opciones de beneficios suplementarios Extras Esenciales que ha elegido.</p> <p>Dispositivos de asistencia¹: Este beneficio le proporciona una asignación anual en una tarjeta de crédito prepagada para comprar dispositivos de asistencia. Entre los elementos cubiertos por Medicare, se incluyen, entre otros, los siguientes: asientos para el retrete ADA, bancos para la ducha, duchas de mano, dispositivos para alcanzar objetos, rampas temporales para sillas de ruedas y mucho más.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Extras Esenciales (continuación)</p> <p>La tarjeta de crédito contiene un monto de asignación prepagado por el plan. Solo puede usarla para pagar sus servicios y no puede convertir el dinero de la tarjeta en efectivo. Los fondos que no se utilicen se vencerán al final del año y no se podrán transferir al año siguiente.</p> <p>Estas son las formas de acceder a su beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer pedidos en línea. • Llamar para hacer un pedido. Elija los productos en línea o de nuestro catálogo de dispositivos de asistencia. Tenga a mano el nombre de los productos y el número de la tarjeta de beneficios de dispositivos de asistencia. Puede seleccionar la opción de retiro en tienda o entrega a domicilio. <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez que se use el monto anual, usted debe pagar los costos restantes. • Las reparaciones o los reemplazos de los artículos seleccionados están limitados por la garantía del fabricante. • Los artículos se limitan a aquellos que se ofrecen en el catálogo y están sujetos a disponibilidad. • Los productos deben ser primordialmente para su uso exclusivo. • Los artículos se limitan a aquellos que se ofrecen en el catálogo y están sujetos a disponibilidad. • Pueden aplicarse límites de cantidad. • No se cubren los servicios de instalación. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Extras Esenciales (continuación)</p> <p>Cuenta flexible para cuidado dental, de visión y de la audición¹: El beneficio de la cuenta flexible para cuidado dental, de visión y de la audición es una tarjeta de crédito prepagada que puede utilizarse para reducir sus gastos de bolsillo anuales de servicios dentales, de visión y/o de audición, como se explica en las secciones correspondientes de este cuadro. La tarjeta puede utilizarse para pagarle directamente a su proveedor de servicios dentales, de visión o de audición por cualquier gasto de bolsillo.</p> <p>La tarjeta de crédito contiene un monto de asignación prepagado por el plan. Solo puede usarla para pagar sus servicios y no puede convertir el dinero de la tarjeta en efectivo. Los procedimientos cosméticos no están cubiertos por este beneficio. Los fondos que no se utilicen se vencerán al final del año y no se podrán transferir al año siguiente.</p> <p>Cuenta flexible para servicios públicos¹: La cuenta flexible para servicios públicos es una tarjeta de crédito prepagada con una asignación que se puede usar para reducir sus gastos de bolsillo de servicios públicos, como gas natural/propano, electricidad, agua, alcantarillado, Internet y telefonía móvil. La tarjeta se puede utilizar para cubrir estos gastos cuando los servicios se brindan a través de proveedores de servicios públicos que aceptan el pago con una tarjeta de crédito prepagada.</p> <p>La tarjeta de crédito contiene un monto de asignación prepagado por el plan. Solo puede usarla para pagar sus servicios y no puede convertir el dinero de la tarjeta en efectivo. La tarjeta no se puede utilizar para configurar transacciones recurrentes automáticas. Los fondos que no se utilicen se vencerán al final del mes y no se podrán transferir al mes siguiente.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Extras Esenciales (continuación)</p> <p>Si su proveedor no acepta el pago a través de una tarjeta de crédito prepagada o si se produce un error en la transacción de la tarjeta, puede enviar un formulario de reclamación para solicitar un reembolso junto con el comprobante de pago. Las reclamaciones deben presentarse en un plazo de 90 días a partir de la fecha de pago.</p> <p>Alimentos saludables¹:</p> <p>El beneficio de alimentos saludables le brinda una asignación para comprar alimentos saludables con una tarjeta de beneficios en tiendas minoristas participantes. Se excluyen algunos artículos, como los productos relacionados con el tabaco o el alcohol. Los montos que no se utilicen se vencerán al final del mes. Los montos no utilizados no se transfieren al mes siguiente.</p> <p>Estas son las formas de acceder a su beneficio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprar en tiendas 2. Hacer pedidos en línea 3. Llamar para hacer un pedido <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todas las compras deben realizarse a través de tiendas minoristas aprobadas por el plan. • Una vez que alcance su asignación mensual, usted deberá pagar los costos restantes de sus compras. • Los pedidos que se entregan por correo se limitan a uno por mes, con un monto mínimo de compra de \$35. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Extras Esenciales (continuación)</p> <p>Apoyo en el hogar¹: Este beneficio brinda acompañamiento y asistencia para realizar las actividades independientes de la vida diaria, como tareas domésticas, programación de citas, obtención de artículos fuera del hogar (por ejemplo, alimentos o medicamentos) y mucho más.</p> <p>El apoyo en el hogar se puede brindar junto con otros beneficios o planes de salud para promover la vida independiente, ayudar a reducir la sensación de aislamiento social del miembro y mejorar su perspectiva mental general.</p> <p>Debe utilizar el proveedor aprobado por el plan.</p> <p>Transporte¹: Este beneficio cubre viajes de ida a lugares dentro del área de servicio local (límite de 60 millas por viaje de ida) para obtener servicios cubiertos por el plan.</p> <p>Puede ir a la farmacia para recoger los medicamentos recetados después de la cita con el médico. Esto no se considera otro viaje. Cuando programe un traslado después de una visita, dígame al proveedor que necesita ir a la farmacia. Pídale al proveedor/centro que llame a la farmacia para que le preparen su receta, para evitar esperar mucho tiempo. Esta parada no se considera otro viaje.</p> <p>Debe acudir al proveedor aprobado por el plan y programar los viajes con 48 horas hábiles de anticipación.</p> <p>Cómo seleccionar los beneficios de Extras Esenciales:</p> <p>Puede seleccionar sus beneficios ingresando en el portal para miembros o comunicándose con Servicios para Miembros. Para que los beneficios estén cubiertos, debe acudir a un proveedor aprobado.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Extras Esenciales (continuación)</p> <p>Es posible que pueda cambiar su elección inicial una (1) vez por año si no ha utilizado ninguno de sus beneficios y quiere seleccionar una opción diferente.</p> <p>Recibirá una carta de confirmación dentro de los siete días hábiles de haber hecho sus elecciones en la que se detallan los beneficios. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta.</p> <p>¹ Beneficio del programa de Diseño de Seguros Basado en el Valor</p>	
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir a cualquier proveedor para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>Pagamos 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 (DIU, implantes, inyecciones, pastillas anticonceptivas, parches, anillos) • Suministros de planificación familiar recetados (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón) • Consejería y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados • Consejería, pruebas de detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) • Consejería y pruebas de detección de VIH y SIDA, y otras condiciones relacionadas con el VIH <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Extras Esenciales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticoncepción permanente (Debe tener al menos 21 años de edad para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario de consentimiento federal para la esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días, antes de la fecha de la cirugía.) • Consejería genética <p>También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe usar un proveedor de la red de proveedores para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de condiciones médicas relacionadas con la infertilidad (Este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada.) • Tratamiento para el SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH • Estudios genéticos 	
<p>Programas de actividad física</p> <p>Monitor de actividad física</p> <p>Dispositivo de salud y bienestar diseñado para promover un estilo de vida activo con un enfoque en la actividad física y en la responsabilidad en cuanto a los resultados de salud con actividades compatibles con el monitor de actividad física.</p> <p>El límite es un dispositivo cada dos años.</p> <p>Los miembros deben obtener el dispositivo de un proveedor contratado.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Extras Esenciales (continuación)</p> <p>Cuenta flexible: actividad física</p> <p>Este plan cubre una asignación mensual de \$25.00 para pagar los cargos de acceso a clases/programas recreativos y de actividad física ofrecidos en centros de deportes, como canchas de golf o tenis y piletas de natación donde se apliquen cargos de acceso.</p> <p>Los fondos que no se utilicen se transferirán de un mes a otro, pero no se transferirán al siguiente año calendario.</p> <p>SilverSneakers</p> <p>SilverSneakers puede ayudarlo a tener una vida más saludable y activa con actividad física e interacción social. Tiene cubierto el beneficio de actividad física a través de SilverSneakers en sitios participantes. Tiene acceso a instructores que dan clases de ejercicios grupales que han sido diseñadas especialmente. En los sitios participantes de todo el país, puede tomar clases y usar los equipos de ejercicio y demás instalaciones. Además, SilverSneakers FLEX® le da opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (como en centros recreativos, centros comerciales y parques). SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y con recursos virtuales a través de SilverSneakers Live, SilverSneakers On-Demand™ y nuestra aplicación móvil SilverSneakers GO™.</p> <p>Se ofrecen kits de ejercitación en el hogar para los miembros que desean comenzar a ejercitarse en su casa o para aquellos que no pueden trasladarse a un centro de actividad física debido a una lesión o enfermedad o por estar confinados a su casa. Lo único que necesita para empezar es su número de identificación personal de SilverSneakers. Ingrese a SilverSneakers.com para obtener más información sobre sus beneficios o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.</p>	

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Ofrecemos muchos programas que se centran en ciertas condiciones médicas. Estos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases de educación sobre salud; • Clases de educación en nutrición; • Servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco; y • Línea directa de enfermería • Cuenta flexible: actividad física (consulte Programas de actividad física para obtener información detallada) • Monitor de actividad física (consulte Programas de actividad física para obtener información detallada) • Programa de Ejercicios SilverSneakers® (consulte Programas de actividad física para obtener información detallada) 	\$0

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Comidas saludables (Healthy Meals)</p> <p>Puede ser elegible para participar en un programa de comidas para ayudarlo a mantener una dieta saludable que se adapte a sus necesidades nutricionales o su condición médica.</p> <p>Este beneficio proporciona hasta 180 comidas elaboradas y saludables por año que se entregan directamente en su casa.</p> <p>Para obtener este beneficio lo antes posible, su proveedor es la persona más adecuada para solicitarlo en su nombre. También puede comunicarse con Servicios para Miembros o su coordinador de cuidado, y un representante lo ayudará a confirmar que usted califica para recibir este beneficio y coordinará que alguien se comunique con usted para realizar una evaluación nutricional y programar la entrega de las comidas.</p> <p>Para que podamos brindarle el beneficio de comidas, es posible que el plan, o un tercero que actúe en nuestro nombre, se comunique con usted al número de teléfono que proporcionó para confirmar los detalles de envío y los requisitos nutricionales.</p> <p>Nota: No podremos comenzar la prestación del beneficio sin hablar antes con usted. Al solicitar este beneficio, nos autoriza expresamente a comunicarnos con usted por teléfono.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de audición</p> <p>Las pruebas de diagnóstico de la audición y las evaluaciones de equilibrio que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Para obtener cuidado de la audición cubierto por Medicare dentro de la red, debe acudir a un médico de la red médica especializada de Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP). Puede encontrarlo en el Directorio de proveedores. Para obtener más información, llame al número de Servicios para Miembros que figura en el dorso de este folleto.</p> <p>Hable con su proveedor para obtener una remisión y/o autorización previa.</p> <p>Puede tener servicios adicionales cubiertos de acuerdo con sus beneficios y las pautas de Medi-Cal. Comuníquese con su coordinador de cuidado para obtener información detallada.</p> <p>Servicios de audición (suplementarios)</p> <p>Este plan proporciona cobertura de audición adicional que no está cubierta por Medicare Original.</p> <p>Este plan cubre un examen de audición de rutina y una evaluación/colocación del audífono por año.</p> <p>El beneficio máximo del plan es de \$3,000.00 para audífonos recetados por año. El plan ofrece alternativas y tarifas negociadas a través de nuestro proveedor de audífonos para ofrecerle la mayor cantidad de opciones.</p> <p>Debe elegir un dispositivo de la lista de artículos cubiertos que ofrece el proveedor de audífonos participante. Es posible que necesite una autorización previa de nuestro proveedor de audífonos para adquirir los audífonos. Si el miembro elige un dispositivo que utiliza baterías no recargables, el plan proporcionará un suministro para dos años (hasta 64 celdas por oído al año).</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de audición (continuación)</p> <p>Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros. Luego de que el plan pague los beneficios de exámenes de audición de rutina o audífonos, usted deberá pagar los costos restantes.</p> <p>Puede tener servicios adicionales cubiertos de acuerdo con sus beneficios y las pautas de Medi-Cal. Comuníquese con su coordinador de cuidado para obtener información detallada.</p>	
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que reúnan las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitan una prueba de detección del VIH, o • Tienen un mayor riesgo de infección por VIH. <p>En el caso de mujeres embarazadas, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p> <p>También pagamos pruebas de detección del VIH adicionales que son recomendadas por su proveedor.</p>	\$0
<p>Atención de una agencia de cuidado médico en el hogar</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios de cuidado médico en el hogar, un médico debe informarnos que usted los necesita; y una agencia de cuidado médico en el hogar deberá brindarlos.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y puede haber otros servicios que no están enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializados y de asistente de cuidado médico en el hogar parciales o intermitentes (para estar cubiertos en virtud del beneficio de cuidado médico en el hogar, estos servicios combinados deben sumar en total menos de ocho horas por día y 35 horas por semana) • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos 	\$0

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>Nuestro plan paga la terapia de infusión en el hogar, la cual se define como los medicamentos o las sustancias biológicas administradas por vena o debajo de la piel que se le administran en su hogar. Para realizar la infusión en el hogar, se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento o la sustancia biológica, como un antivirico o inmunoglobulina; • Equipos, como una bomba; y • Suministros, como vías intravenosas o un catéter. <p>Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar, lo que incluye, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de conformidad con su plan de salud; • Capacitación y educación para el miembro que no esté incluida en el beneficio de DME; • Monitoreo a distancia; y • Servicios de monitoreo para la terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar provistos por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. <p>Hable con su proveedor para obtener una remisión y/o autorización previa.</p>	<p>\$0</p> <p>Los servicios profesionales de terapia de infusión en el hogar (HIT) se brindan a través de un proveedor de HIT calificado en la casa del paciente.</p> <p>\$0</p> <p>El equipo médico duradero (DME) incluye la bomba de infusión externa, los suministros relacionados y los medicamentos de infusión que se obtienen a través de un proveedor de DME contratado.</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado para enfermos terminales</p> <p>Usted tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que tiene una prognosis terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis o menos meses de vida. Puede recibir cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Nuestro plan paga lo siguiente cuando recibe servicios para enfermos terminales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar los síntomas y aliviar el dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidado médico en el hogar <p>Los servicios para enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para más información, consulte la Sección F de este capítulo. <p>Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero que no cubren Medicare Parte A ni Parte B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por Medicare Parte A ni Parte B. Cubrimos los servicios independientemente de la relación que tengan con su prognosis terminal. Usted no paga nada por estos servicios. <p>Para los medicamentos que posiblemente estén cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 del <i>Manual del miembro</i>. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado para enfermos terminales (continuación)</p> <p>Nota: Si necesita cuidado que no sea para enfermos terminales, llame a su coordinador de cuidado para organizar los servicios. El cuidado que no es para enfermos terminales es aquel que no está relacionado con su pronóstico terminal.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta sobre hospicios (una única vez) para el miembro que padece una enfermedad terminal y no ha elegido el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la influenza, una por cada temporada de influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales si fuera médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas que cumplan con las normas de cobertura de Medicare Parte B si usted está en riesgo <p>Pagamos otras vacunas, como la vacuna contra el herpes, que cumplan con las normas de cobertura de Medicare Parte D.</p> <p>También pagamos todas las vacunas para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP).</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado hospitalario para pacientes internados</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de las unidades de cuidado especial, como unidades de cuidados intensivos o de cuidado coronario • 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 • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmones, corazón/pulmones, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral <p>Si necesita un trasplante, en un centro de trasplante aprobado por Medicare revisarán su caso y decidirán si usted reúne los requisitos para recibirlo. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tasa de Medicare, puede obtener los servicios de trasplante de manera local o por fuera del modelo de cuidado para su comunidad.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Usted debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir cuidado de pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado hospitalario para pacientes internados (continuación)</p> <p>Si nuestro plan ofrece servicios de trasplante por fuera del modelo de cuidado para nuestra comunidad y usted elige realizarse el trasplante allí, nosotros organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y traslados para usted y otra persona más.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración • Servicios del médico 	
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos los servicios de cuidado de salud mental que requieren hospitalización. • Si necesita servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente, pagamos los primeros 190 días. Después de ese periodo, la agencia local de salud mental del condado paga los servicios de psiquiatría para pacientes hospitalizados que sean médicamente necesarios. La autorización para la atención que supere los 190 días se coordina 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 brindados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Si tiene 65 años o más, pagamos los servicios que reciba en un Instituto de Enfermedades Mentales (IMD). <p>Hable con su proveedor para obtener una remisión y/o autorización previa.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>No pagamos la hospitalización si no es razonable ni médicamente necesaria.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos en los que el cuidado de pacientes hospitalizados no está cubierto, es posible que paguemos los servicios que recibe mientras está en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y puede haber otros servicios que no están enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico • Exámenes de diagnóstico, como los análisis de laboratorio • Radiografías, radioterapia y terapia de 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 reemplazan la totalidad o una parte de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o ○ La función de un órgano interno del cuerpo que tiene una disfunción o que está inutilizado. • Férulas para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales. Se incluyen los ajustes, reemplazos y reparaciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en su condición. • Terapia física, ocupacional y del habla 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe remitirlo. Pagamos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales. • Tratamientos ambulatorios de diálisis, incluidos los tratamientos de diálisis provisionales cuando se encuentra fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3 del <i>Manual del miembro</i>; o bien, cuando temporalmente el proveedor del servicio no está disponible o es inaccesible. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es admitido en el hospital para recibir atención especial • Capacitación para la autodiálisis (incluye entrenamiento para usted y para cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros para autodiálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como visitas necesarias de personal capacitado en diálisis para controlar la diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y chequear su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>El beneficio de medicamentos de Medicare Parte B paga algunos de los medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte la sección “Medicamentos recetados de Medicare Parte B” en este cuadro.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Prueba de detección del cáncer de pulmón</p> <p>Nuestro plan paga una prueba de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 50 y 77 años, y • Tiene una consulta de consejería y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado, y • Ha fumado por lo menos un paquete al día por 20 años sin señales o síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después de la primera prueba de detección, nuestro plan paga otra prueba de detección cada año con una solicitud escrita de un médico u otro proveedor calificado.</p>	\$0
	<p>Comidas (luego del alta)</p> <p>Después de ser dado de alta de una hospitalización en un hospital o centro de enfermería especializada, puede calificar para que le envíen comidas nutritivas, precocidas y congeladas sin costo. Luego de una estadía de noche en un hospital o centro de enfermería especializada, el plan o uno de sus representantes puede comunicarse con usted para saber si quiere recibir este beneficio. O bien, usted o su proveedor/ coordinador de cuidado pueden comunicarse con Servicios para Miembros luego del alta, y un representante lo ayudará a confirmar que usted califica para recibir este beneficio y coordinará que alguien se comunique con usted para realizar una evaluación nutricional y programar la entrega de las comidas.</p> <p>Para que podamos brindarle el beneficio de comidas, es posible que el plan, o un tercero que actúe en nuestro nombre, se comunique con usted al número de teléfono que proporcionó para confirmar los detalles de envío y los requisitos nutricionales.</p> <p>Puede tener servicios adicionales cubiertos de acuerdo con sus beneficios y las pautas de Medi-Cal. Comuníquese con su coordinador de cuidado para obtener información detallada.</p>	\$0 Hasta dos comidas por día durante siete días después del alta del hospital o centro de enfermería especializada (SNF).

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Terapia nutricional médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no se someten a diálisis. Y también para después de un trasplante de riñón, cuando hay una remisión del médico.</p> <p>Pagamos tres horas de servicios de consejería personal durante el primer año en que reciba servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare. Podemos aprobar más servicios si son médicamente necesarios.</p> <p>Pagamos dos horas de servicios de consejería personal cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la remisión del médico. Estos servicios deben ser indicados por un médico, y se debe renovar la remisión todos los años si va a necesitar seguir el tratamiento el siguiente año calendario. Podemos aprobar más servicios si son médicamente necesarios.</p>	\$0
	<p>Apoyo de recursos comunitarios de Medicare</p> <p>Si bien los beneficios de su plan están diseñados para cubrir lo que cubriría Medicare, además de algunos otros beneficios suplementarios como se describe en este cuadro, es posible que necesite ayuda adicional.</p> <p>Por ser miembro, su plan le ofrece el apoyo de un equipo de asistencia de recursos comunitarios para que pueda cubrir la brecha entre sus beneficios médicos y los recursos disponibles para usted en su comunidad. El equipo de Apoyo de recursos comunitarios de Medicare lo ayudará dándole información y educación sobre programas de apoyo y servicios basados en la comunidad en su área.</p> <p>Para obtener acceso a este beneficio, llame a Servicios para Miembros y pida hablar con el equipo de Apoyo de recursos comunitarios de Medicare.</p>	

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Nuestro plan paga 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, y • Aumento de la actividad física, y • Maneras para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	\$0
	<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</p> <p>Estos son los medicamentos cubiertos con la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que generalmente no se autoadministran y se reciben mediante inyecciones o infusiones junto con servicios médicos, servicios hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan • Factores de coagulación que puede autoadministrarse mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunodepresores si la inscripción en Medicare Parte A estaba vigente en el momento del trasplante de órganos • Medicamentos inyectables para tratar la osteoporosis. Pagamos estos medicamentos si usted está confinado a 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 <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinados medicamentos antineoplásicos orales y para las náuseas • Determinados medicamentos para autodiálisis en el hogar, como heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos tópicos y agentes estimuladores de la eritropoyesis • Inmunoglobulina intravenosa (IV) para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia <p>También cubrimos algunas vacunas con nuestro beneficio de medicamentos recetados de Medicare Parte B y Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 del <i>Manual del miembro</i>, se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Y las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para los medicamentos recetados.</p> <p>En el Capítulo 6 del <i>Manual del miembro</i>, se explica lo que usted paga por medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	
<p>Atención en un centro de enfermería</p> <p>Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención para personas que no pueden obtener cuidado en el hogar, pero que no necesitan estar en un hospital.</p> <p>Entre los servicios que pagamos se incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería • Terapia física, ocupacional y del habla <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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"> • Terapia respiratoria • Medicamentos administrados como parte de su plan de salud. (Esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración • Suministros médicos y quirúrgicos que se suelen brindar en centros de enfermería • Análisis de laboratorio que se suelen brindar en centros de enfermería • Radiografías y otros servicios radiológicos que se suelen brindar en centros de enfermería • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que se suelen brindar en centros de enfermería • Servicios de médicos/profesionales • Equipo médico duradero • Servicios dentales, incluidas las dentadura postizas • Beneficios de la visión • Exámenes de audición • Cuidados quiroprácticos • Servicios de podología <p>En general, recibe la atención en 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 en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde la atención en un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja doméstica en el momento en que usted deje el hospital. 	

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Prueba de obesidad y terapia para mantener la pérdida de peso</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos la consejería para ayudarlo a perder peso. Debe obtener los servicios de consejería en un entorno de atención primaria. De esa manera, se pueden manejar con su plan de prevención total. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0
	<p>Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides (OTP)</p> <p>Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, el manejo y la administración de estos medicamentos • Consejería relacionada con el abuso de sustancias • Terapia individual y grupal • Prueba de detección de drogas o sustancias químicas en el cuerpo (prueba de toxicología) <p>Hable con su proveedor para obtener una remisión y/o autorización previa.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de observación en un hospital para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación en un hospital para pacientes ambulatorios estén cubiertos, estos deben cumplir con los criterios de Medicare y deben considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando son proporcionados por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital o solicitar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo en el hospital como paciente internado, usted será un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consúltelo con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de información de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, pregunte”. Puede obtener esta hoja de información en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos ambulatorios</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (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, incluido el almacenamiento y la administración • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias <p>Hable con su proveedor para obtener una remisión y/o autorización previa.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Pagamos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación le permiten a su médico conocer si debe ser admitido en el hospital como “paciente internado”. ○ A veces, puede pasar la noche en el hospital y aun así ser un “paciente ambulatorio”. ○ Para saber si usted es paciente internado o paciente ambulatorio, consulte esta hoja de información: www.medicare.gov/media/11101. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital • Cuidado de salud mental, incluso la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría un tratamiento para pacientes internados sin esa atención • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital • Suministros médicos, como entablillados y yesos • Pruebas de detección preventivas y servicios incluidos en el Cuadro de beneficios • Algunos medicamentos que no pueden autoadministrarse <p>Hable con su proveedor para obtener una remisión y/o autorización previa.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de salud mental ambulatorio</p> <p>Pagamos los servicios de salud mental prestados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un médico o psiquiatra certificado por el estado • Un psicólogo clínico • Un trabajador social clínico • Un enfermero clínico especializado • Un enfermero especializado • Un asistente médico • Cualquier otro profesional del cuidado de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes aplicables <p>Pagamos los siguientes servicios y puede haber otros servicios que no están enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos • Tratamiento diurno • Servicios de rehabilitación psicosocial • Programas de tratamiento ambulatorio intensivo o de hospitalización parcial • Tratamiento y evaluación individual o grupal de salud mental • Pruebas psicológicas cuando estén clínicamente indicadas 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>Hable con su proveedor para obtener una remisión y/o autorización previa.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios</p> <p>Pagamos la terapia física, ocupacional y del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación ambulatorios en los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.</p> <p>Hable con su proveedor para obtener una remisión y/o autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y puede haber otros servicios que no están enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección y consejería para el abuso del alcohol • Tratamiento por abuso de drogas • Consejería grupal o individual a cargo de un profesional clínico calificado • Desintoxicación subaguda en un programa de adicciones residencial • Servicios para tratar los problemas de consumo de alcohol y/o drogas en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo • Tratamiento con naltrexona (Vivitrol) de liberación prolongada <p>Hable con su proveedor para obtener una remisión y/o autorización previa.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cirugía ambulatoria</p> <p>Pagamos las cirugías y los servicios ambulatorios en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Hable con su proveedor para obtener una remisión y/o autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Cobertura suplementaria de medicamentos de venta libre (OTC)</p> <p>Este plan cubre hasta \$200 por trimestre para determinados medicamentos y artículos relacionados con la salud de venta libre y aprobados que se venden sin receta.</p> <p>Los montos de artículos OTC no utilizados se transfieren al próximo trimestre. Los montos de artículos OTC no utilizados no se transfieren al próximo año calendario.</p> <p>Puede tener servicios adicionales cubiertos de acuerdo con sus beneficios y las pautas de Medi-Cal Rx. Comuníquese con su coordinador de cuidado para obtener información detallada.</p> <p>Los artículos de venta libre (OTC) son medicamentos y productos relacionados con la salud que no necesitan una receta. Este plan cubre más de 1,000 artículos OTC, según lo permitido por Medicare. Entre los artículos cubiertos, se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasta dental • Gotas para ojos • Aerosol nasal • Vitaminas • Gotas para la tos • Analgésicos • Antiácidos • Productos de primeros auxilios • Y más... <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cobertura suplementaria de medicamentos de venta libre (OTC) (continuación)</p> <p>Aproximadamente 14 días hábiles después de la inscripción, recibirá un kit de bienvenida que incluirá su tarjeta de beneficios, el catálogo e información sobre cómo comenzar a utilizar el beneficio, para que pueda comenzar a comprar los productos cubiertos. Estas son las formas de acceder a su beneficio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los pedidos se pueden hacer en línea a través de la página web o la aplicación para teléfonos inteligentes, para recoger en la tienda o con entrega a domicilio. 2. Las compras se pueden hacer en más de 4,600 tiendas Walmart y demás tiendas minoristas participantes con su tarjeta de beneficios de artículos de venta libre. 3. Llamar para hacer un pedido. Elija los productos en línea o en nuestro catálogo de artículos OTC. Tenga a mano los nombres de los productos, el número de la tarjeta de beneficios de artículos de venta libre y la información para el envío. <p>Nota: Las compras están limitadas al dinero de beneficio disponible. Luego de que el plan pague los beneficios OTC, usted será responsable de los costos restantes. Los pedidos que se entregan por correo se limitan a uno por trimestre. No se aplican límites a la cantidad de compras en tiendas, excepto la asignación máxima trimestral. Los montos no utilizados se transferirán al siguiente trimestre, pero no al próximo año. Debe hacer todos los pedidos a través de la tienda minorista aprobada por el plan o comprar en una tienda minorista participante. Determinadas marcas pueden no estar disponibles y las cantidades pueden estar limitadas o tener restricciones.</p> <p>Comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de cuidado si tiene alguna pregunta sobre este beneficio.</p>	

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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 comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario ambulatorio.</p> <p>Hable con su proveedor para obtener una remisión y/o autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)</p> <p>Cobertura de un sistema de respuesta ante emergencias personales y seguimiento mensual en el hogar del miembro cuando el plan lo organice con un proveedor contratado. El beneficio del sistema de respuesta ante emergencias personales proporciona un dispositivo en el hogar para notificar al personal que corresponda sobre una emergencia (por ejemplo, una caída). Llame a Servicios para Miembros para obtener más información o solicitar la unidad.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cuidado médico o quirúrgicos médicamente necesarios, prestados en estos sitios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultorio del médico ○ Centro quirúrgico ambulatorio certificado ○ Departamento para pacientes ambulatorios de un hospital • Consulta a un especialista, y el diagnóstico y tratamiento de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria o por un especialista (si el médico lo solicita para saber si usted necesita tratamiento) • Ciertos servicios de telesalud con médicos o profesionales, como consulta, diagnóstico y tratamiento para miembros en ciertas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca este tipo de servicios. ○ Algunos servicios de telesalud con médicos o profesionales, como consulta, diagnóstico y tratamiento para miembros en ciertas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros que realizan diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal de un hospital u hospital de difícil acceso, en un centro de diálisis renal o en el hogar • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular • Servicios de telesalud para miembros con trastorno por abuso de sustancias o con un trastorno de salud mental coexistente • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental en estos casos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted asiste a una consulta presencial dentro de los seis meses previos a empezar la visitas de telesalud ○ Usted asiste a una consulta presencial cada 12 meses durante el tiempo que recibe servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a los puntos anteriores en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para consultas de salud mental prestadas por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados federalmente • Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat por video) con su médico durante 5 a 10 minutos si <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo, y ○ El registro no se relaciona con una visita al consultorio en los últimos siete días, y ○ El registro no tiene como consecuencia una visita al consultorio en el plazo de 24 horas o la cita disponible más próxima <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de un video y/o imágenes que usted le envía al médico y la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas si <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo, y ○ La evaluación no se relaciona con una visita al consultorio en los últimos siete días, y ○ La evaluación no tiene como consecuencia una visita al consultorio en el plazo de 24 horas o la cita disponible más próxima • Consulta entre su médico y otros médicos por teléfono, Internet o de un expediente médico electrónico si usted no es paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas ○ Fracturas de fijación de la mandíbula o huesos faciales ○ Extracción de dientes antes de radioterapia para cáncer neoplásico ○ Servicios que se cubrirían cuando los proporciona un médico 	

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de podología</p> <p>Pagamos 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 miembros con condiciones que comprometan las piernas, como la diabetes <p>Servicios de podología (suplementarios)</p> <p>Este plan cubre servicios adicionales de cuidado de los pies que no están cubiertos por Medicare Original:</p> <p>Remoción o corte de callos o callosidades, corte de uñas y demás cuidados higiénicos y preventivos en ausencia de enfermedades localizadas, lesiones o síntomas que involucren los pies.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años de edad o más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal • Prueba del antígeno prostático específico (PSA) 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Dispositivos prostéticos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos prostéticos que reemplazan la totalidad, una parte o una función del cuerpo. Pagamos los siguientes dispositivos prostéticos y puede haber otros servicios que no están enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de colostomía • Nutrición parenteral y enteral, incluidos kits de suministros de nutrición, bomba de infusión, sonda y adaptador, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas • Marcapasos • Férulas • Zapatos prostéticos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía) • Prótesis para reemplazar la totalidad o una parte de una zona facial externa que se extrajo o dañó debido a una enfermedad, una lesión o un defecto congénito • Cremas y pañales para la incontinencia <p>También pagaremos algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos. También pagamos la reparación o el reemplazo de los dispositivos prostéticos.</p> <p>Ofrecemos algunos tipos de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas. Consulte el apartado “Cuidado de visión” más adelante en este cuadro para obtener información detallada.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Usted debe obtener una remisión para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la EPOC.</p> <p>Pagamos los servicios respiratorios para pacientes dependientes de ventilador.</p>	\$0
	<p>Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y consejería</p> <p>Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen mayor riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS). Un proveedor de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También pagamos hasta dos sesiones individuales, cara a cara de consejería conductual de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos estas sesiones de consejería como un servicio preventivo, solo si las brinda un proveedor 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 MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y puede haber otros servicios que no están enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería • Terapia física, ocupacional y 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, incluido el almacenamiento y la administración • Suministros médicos y quirúrgicos brindados en centros de enfermería • Análisis de laboratorio brindados en centros de enfermería • Radiografías y otros servicios radiológicos brindados en centros de enfermería • Aparatos, como sillas de ruedas, por lo general, brindados en centros de enfermería • Servicios de médicos o proveedores <p>En general, recibe la atención en 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 en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde la atención en un centro de enfermería) • Un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja doméstica en el momento en que usted deje el hospital 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</p> <p>Pagamos la terapia de ejercicios supervisada (SET) a los miembros con arteriopatía periférica sintomática (PAD) que tengan una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento de esta arteriopatía.</p> <p>Nuestro plan paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos para la SET • 36 sesiones adicionales si el proveedor de cuidado médico lo considera médicamente necesario <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar con sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento y ejercicio 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 supera el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para PAD • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero especializado/enfermero clínico especializado capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte: Transporte médico que no sea de emergencia</p> <p>Este beneficio le facilita el transporte más costo-efectivo y accesible. Puede incluir los servicios de transporte médico en ambulancia, vehículo con camilla o vehículo para 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 condición médica y/o física no le permite viajar en autobús, vehículos particulares, taxis u otro medio de transporte público o privado, y <p>Es posible que se requiera una autorización previa, según el servicio.</p>	<p>\$0</p>
<p>Transporte: Transporte no médico</p> <p>Este beneficio le facilita el transporte a proveedores de servicios médicos mediante vehículos particulares, taxi u otros medios de transporte público/privado.</p> <p>Se requiere transporte para obtener la atención médica necesaria, incluso para asistir a citas dentales y retirar medicamentos recetados.</p> <p>Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia es aquella que se brinda para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una condición que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, o • Una enfermedad repentina, o • Una lesión, o • Una condición que requiera atención de inmediato. <p>Si requiere atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede ir a proveedores fuera de la red si no consigue un proveedor de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan o durante el fin de semana).</p>	<p>\$0</p>
<p>Videoconsultas con el médico</p> <p>LiveHealth Online le permite consultar a médicos certificados por el Colegio de Médicos y terapeutas/psicólogos certificados por medio de un video de dos vías en vivo desde su teléfono inteligente, tableta o computadora. Es muy fácil comenzar a usar este servicio. Puede inscribirse en livehealthonline.com o descargar la aplicación móvil gratuita de LiveHealth Online y registrarse. Asegúrese de tener a mano la tarjeta del seguro médico; la necesitará para responder algunas preguntas.</p> <p>Inscríbese sin costo:</p> <p>Debe ingresar la información de su seguro médico durante la inscripción, así que tenga a mano la tarjeta de identificación del miembro cuando se inscriba.</p> <p>Beneficios de una videoconsulta con el médico:</p> <p>La consulta se desarrollará igual que cuando visita a su médico cara a cara, pero a través de una cámara web.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Videoconsultas con el médico (continuación)</p> <p>Es una excelente alternativa de atención médica cuando su médico no puede verlo. Los médicos certificados por el Colegio de Médicos pueden ayudarlo las 24 horas, los 7 días de la semana, con diversos tipos de atención y con condiciones comunes, como influenza, resfriados, conjuntivitis y mucho más.</p> <p>El médico puede enviar las recetas a la farmacia que usted elija, de ser necesario.</p> <p>Si se siente estresado, preocupado o está atravesando un momento difícil, puede programar una cita para hablar con un psicólogo o terapeuta certificado desde su hogar o mientras viaja. En la mayoría de los casos, puede programar una cita para consultar a un terapeuta o psicólogo en un plazo de cuatro días o menos.</p> <p>Las videoconsultas con el médico están diseñadas para complementar las visitas cara a cara con un médico certificado y se encuentran disponibles para casi todos los tipos de atención.</p> <p>LiveHealth Online es el nombre comercial de Health Management Corporation, una compañía independiente que ofrece servicios de telesalud en nombre de este plan.</p>	

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Cuidado de visión</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista de rutina por año y • Hasta \$100 para anteojos (marcos y lentes) o hasta \$100 para lentes de contacto cada dos años. <p>Pagamos servicios ambulatorios de médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes de la vista anuales para retinopatía diabética para personas con diabetes y tratamiento para degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos una prueba de detección del glaucoma por año. Entre las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, se incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con un historial familiar de glaucoma • Personas con diabetes • Afroamericanos de 50 años de edad en adelante • Hispanoamericanos de 65 años de edad en adelante <p>Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico coloca una lente intraocular.</p> <p>Si se realiza 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 luego de la primera cirugía.</p> <p>Cuidado de visión (suplementario)</p> <p>Este plan cubre hasta \$300.00 por año para anteojos o lentes de contacto.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Cuidado de visión (continuación)</p> <p>Ofrecemos una cobertura de cuidado de visión más amplia que la de Medicare, pero debe consultar a un médico de nuestra red de la visión para obtenerla.</p> <p>Puede tener servicios adicionales cubiertos de acuerdo con sus beneficios y las pautas de Medi-Cal. Comuníquese con su coordinador de cuidado para obtener información detallada.</p>	
	<p>Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>Cubrimos una única visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. La visita incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud, • Educación y consejería sobre los servicios preventivos que necesita (como pruebas de detección e inyecciones), y • Remisiones para otro tipo de atención si lo necesita. <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que usted tiene Medicare Parte B. Cuando haga la cita, diga en el consultorio del médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	\$0

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero se ofrecen con Medicare Original o Medi-Cal a través de la modalidad de cargo por servicio.

E1. 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 elegibles de Medi-Cal que hayan vivido en un centro para pacientes hospitalizados durante, al menos, 90 días consecutivos y deseen regresar a un entorno comunitario para permanecer allí de manera segura. El programa de CCT financia servicios de coordinación de transición durante el periodo anterior a la transición y durante 365 días después de esta para ayudar a los beneficiarios con el regreso a un entorno comunitario.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Usted puede recibir servicios de coordinación de transición de cualquier organización líder de CCT que los ofrezca en el condado en el que vive. Puede encontrar una lista de organizaciones líderes de CCT y los condados que ofrecen estos servicios en el sitio web del Departamento de Servicios Médicos en www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Servicios de coordinación de transición de CCT:

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

Servicios que no están relacionados con su transición de CCT:

El proveedor nos facturará los servicios que le preste. Nuestro plan paga los servicios brindados luego de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras reciba servicios de coordinación de transición de CCT, pagaremos los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios de la **Sección D**.

Sin cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos

El programa de CCT **no** cubre medicamentos. Usted continuará recibiendo su beneficio habitual de medicamentos a través de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** del *Manual del miembro*.

Nota: Si necesita atención de transición que no sea de CCT, llame a su coordinador de cuidado para organizar los servicios. La atención de transición que no sea de CCT es aquella que **no** está relacionada con su transición desde una institución o un centro.

E2. Programa Dental de Medi-Cal

Ciertos servicios dentales están disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal, que incluye, entre otros, los siguientes servicios:

- Exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos de flúor
- Restauraciones y coronas
- Tratamiento de conducto
- Ajustes, reparaciones y revestimientos de dentaduras postizas

Los beneficios dentales se ofrecen con el Programa Dental de Medi-Cal a través de la modalidad de cargo por servicio. Para obtener más información, o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte el Programa Dental de Medi-Cal, comuníquese con la línea de Servicio al Cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del Programa Dental de Medi-Cal están disponibles para ayudarlo de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede visitar el sitio web en dental.dhcs.ca.gov/ para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Además del Programa Dental de Medi-Cal con la modalidad de cargo por servicio, es posible que reciba beneficios dentales a través de un plan dental de atención administrada. Los planes dentales de atención administrada están disponibles en el condado de Los Angeles. Si quiere obtener más información sobre planes dentales, necesita asistencia para identificar su plan dental o desea cambiar de plan dental, comuníquese con Health Care Options al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY 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.

Nota: Nuestro plan ofrece servicios dentales adicionales. Consulte el Cuadro de beneficios de la **Sección D** para obtener más información.

E3. Cuidado para enfermos terminales

Usted tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que tiene una prognosis terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis o menos meses de vida. Puede recibir cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

Consulte el Cuadro de beneficios de la **Sección D** para obtener más información sobre lo que pagamos cuando recibe servicios de cuidado para enfermos terminales.

Servicios para enfermos terminales y servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B relacionados con su prognosis terminal

- El proveedor del hospicio le facturará a Medicare los servicios que le preste. Medicare paga los servicios para enfermos terminales que están relacionados con su prognosis terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B que no están relacionados con su prognosis terminal (excepto para atención de emergencia o cuidado necesario de forma urgente)

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

Medicamentos que posiblemente estén cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de nuestro plan

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** del *Manual del miembro*.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Nota: Si necesita cuidado que no sea para enfermos terminales, llame a su coordinador de cuidado para organizar los servicios. El cuidado que no es para enfermos terminales es aquel que no está relacionado con su pronosis terminal.

F. Beneficios que no están cubiertos por Medicare, Medi-Cal ni nuestro plan

En esta sección, se informa sobre los beneficios excluidos por nuestro plan. El término “excluidos” significa que no pagamos estos beneficios. Tampoco los paga Medicare ni Medi-Cal.

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no cubrimos en ninguna circunstancia y algunos que excluimos solo en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que se detallan en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del miembro*), excepto en las circunstancias específicas que se indican. El plan no pagará estos servicios, aunque los reciba en un centro de emergencia. Si considera que nuestro plan debe pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.

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

- Servicios que no se consideran “razonables ni médicamente necesarios”, de acuerdo con los estándares de Medicare y Medi-Cal, a menos que los enumeremos como servicios cubiertos.
- Artículos, medicamentos y tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** del *Manual del miembro* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los artículos experimentales son aquellos que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando es médicamente necesario y lo paga Medicare.
- Habitación privada en un hospital, salvo cuando se considere médicamente necesario.
- Enfermeros privados.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- Artículos personales en la habitación del hospital o centro de atención de enfermería, como un teléfono o televisor.
- Cuidado de enfermería de tiempo completo en su casa.
- Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su hogar.
- Servicios o procedimientos de mejora electivos o voluntarios (incluidos aquellos para pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, retraso del envejecimiento y rendimiento mental), a menos que se consideren médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro tipo de trabajo estético, a menos que sea por una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo cuya forma es anómala. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para lograr simetría.
- Cuidados quiroprácticos, excepto la manipulación manual de la columna vertebral, en consonancia con las guías de cobertura.
- Zapatos ortopédicos, a menos que formen parte de un dispositivo ortopédico para las piernas y se incluyan en su costo, o que los zapatos sean para una persona que tiene enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto los zapatos terapéuticos u ortopédicos para personas que tienen enfermedad del pie diabético.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, si un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital del VA, y la suma de costos compartidos del VA es mayor que la de nuestro plan, se le reembolsará la diferencia al veterano. Usted debe seguir pagando los montos de costos compartidos.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Introducción

En este capítulo se explican las normas para obtener los medicamentos recetados como paciente ambulatorio. Estos son medicamentos que su proveedor solicita para usted y que usted obtiene en una farmacia o a través del servicio de pedido por correo. Se incluyen los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y Medi-Cal. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se analizan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A.** Por lo general, se incluyen medicamentos que le dan mientras está en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B.** Se incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones que recibe en una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que le dan en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos, consulte el Cuadro de beneficios del **Capítulo 4** del *Manual del miembro*.

Normas de la cobertura de medicamentos ambulatorios de nuestro plan

Normalmente cubrimos sus medicamentos siempre que usted siga las normas de esta sección.

1. Un médico u otro proveedor deben hacerle la receta, y esta debe ser válida según la ley aplicable del estado. Esta persona, a menudo, es su proveedor de atención primaria (PCP). Si su proveedor de atención primaria le hizo una remisión, también puede hacer la receta este otro proveedor.
2. El profesional que receta **no** debe figurar en las listas de Medicare de personas y entidades excluidas o prohibidas, o listas similares de Medicaid, ni en las listas estatales de personas y entidades excluidas y sancionadas de Medicaid o listas estatales similares de Medicaid.
3. Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



4. Su medicamento recetado debe aparecer en la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar.
 - Si no está en la Lista de medicamentos, podemos cubrirlo haciendo una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9 para informarse sobre cómo solicitar una excepción.
 - También tenga en cuenta que la solicitud para cubrir su medicamento recetado se evaluará según los estándares de Medicare y Medi-Cal.
5. El medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Es decir, el uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o contar con el respaldo de ciertas referencias médicas. Su médico puede ayudarlo a identificar las referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento recetado.

Índice

A. Cómo surtir sus recetas.....	132
A1. Cómo surtir una receta en una farmacia de la red.....	132
A2. Uso de la tarjeta de identificación del plan para surtir una receta	132
A3. Qué sucede si cambia de farmacia de la red.....	132
A4. Qué debe hacer si la farmacia ya no está en la red	133
A5. Uso de una farmacia especializada	133
A6. Uso de los servicios de pedido por correo para recibir sus medicamentos	134
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	136
A8. Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan	136
A9. Devolución del dinero si usted paga un medicamento recetado	137
B. Lista de medicamentos de nuestro plan.....	137
B1. Medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.....	138
B2. Cómo buscar un medicamento en nuestra Lista de medicamentos	138
B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos	139

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



B4. Niveles de la Lista de medicamentos	140
C. Límites para algunos medicamentos.....	140
D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto	142
D1. Un suministro temporal.....	142
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	144
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	147
F1. Está en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan.....	147
F2. Vive en un centro de cuidado a largo plazo	148
F3. Participa en un programa de hospicio certificado por Medicare	148
G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos.....	149
G1. Programas para ayudarlo a utilizar los medicamentos de forma segura	149
G2. Programas para ayudarlo a manejar sus medicamentos	149
G3. Programa de administración de medicamentos para usar de forma segura los medicamentos opioides.....	150

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



A. Cómo surtir sus recetas

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

En la mayoría de los casos, pagamos los medicamentos recetados solo cuando se surten en cualquiera de nuestras farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta dispensar recetas para los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros.

A2. Uso de la tarjeta de identificación del plan para surtir una receta

Para surtir su receta, **muestre la tarjeta de identificación del plan** en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos facturará por su medicamento recetado cubierto por Medicare Parte D. Es posible que deba pagar un copago a la farmacia cuando recoja la receta del medicamento.

Recuerde que necesita la tarjeta de Medi-Cal o la tarjeta de identificación de beneficios (BIC) para acceder a los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.

Si no tiene la tarjeta de identificación del plan o la BIC al surtir su receta, 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 recoja. Luego, puede pedirnos que le devolvamos el dinero.

Según la ley estatal y federal, si no puede pagar el medicamento y se encuentra en una situación de emergencia, la farmacia puede brindarle un suministro para no menos de 72 horas de los medicamentos recetados que usted necesita. Comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato. Haremos todo lo que podamos para ayudar.

- Para pedirnos que le devolvamos el dinero, consulte el **Capítulo 7** del *Manual del miembro*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de cuidado.

A3. Qué sucede si cambia de farmacia de la red

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, comuníquese con Servicios para Miembros.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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 de nuestro plan, debe buscar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros.

A5. Uso de una farmacia especializada

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que proveen medicamentos para terapia de infusión en el hogar. Nuestro plan cubre la terapia de infusión en el hogar en estos casos:
 - El medicamento recetado está en el formulario de nuestro plan o se otorgó una excepción al formulario para el medicamento recetado.
 - El medicamento recetado no está cubierto de ninguna otra forma por el beneficio médico de nuestro plan o Medi-Cal Rx.
 - Nuestro plan aprobó el medicamento recetado para terapia de infusión en el hogar.
 - Un profesional autorizado que receta emitió la receta.
- Farmacias que proveen medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un hogar de ancianos.
 - Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos de que reciba los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si esta farmacia no está en nuestra red o usted tiene dificultades para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que brindan servicios al Programa de Servicios de Salud Indígena/Tribal/ Salud Indígena Urbana. Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para determinados lugares, o medicamentos que requieren una manipulación especial, la coordinación del proveedor o educación para su uso. (Nota: Este escenario es poco frecuente.)

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



A6. Uso de los 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 de nuestro plan. En general, los medicamentos disponibles a través del pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para tratar una condición médica crónica o a largo plazo.

Para usar el servicio de pedido por correo de nuestro plan, debe solicitar un suministro del medicamento para al menos 30 días y para no más de 100 días.

Cómo surtir las recetas por correo

Si necesita formularios de solicitud e información sobre cómo surtir las recetas por correo, llame a Servicios para Miembros para pedidos por correo al 1-833-203-1735. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. El sistema de respuesta de voz interactiva (IVR) está disponible las 24 horas, todos los días.

Los pedidos realizados en una farmacia de pedido por correo se suelen enviar en un plazo de no más de 14 días. Asegúrese de tener al menos un suministro de medicamentos para 14 días. Si no tiene la cantidad suficiente, pídale a su médico que le dé una segunda receta por un suministro para 30 días, y súrtala en una farmacia minorista de la red mientras espera a que llegue su suministro a través del pedido por correo. Si su envío por correo se demora, llame a la farmacia de pedido por correo al número de teléfono indicado en el Directorio de proveedores/farmacias.

Procesos del pedido por correo

El servicio de pedido por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que obtiene de usted, las nuevas recetas que obtiene directamente del consultorio del proveedor y las reposiciones de las recetas de pedido por correo.

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surtirá y entregará automáticamente los medicamentos correspondientes a las nuevas recetas que reciba de usted.

Si recibe por correo un medicamento recetado enviado de manera automática, y usted no lo quiere o no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes de enviarlo, es posible que pueda recibir un reintegro.

Si usó antes el servicio de pedido por correo, pero no quiere que la farmacia surta y envíe de manera automática cada nueva receta, comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en su tarjeta de membresía.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Si nunca usó nuestros envíos de pedidos por correo y/o decide suspender el surtido automático de las nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado médico para averiguar si quiere que le surtan y envíen el medicamento de inmediato. Esto le permitirá asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (y en la concentración, cantidad y forma correctas) y podrá cancelar o retrasar el pedido antes de que se lo facturen y envíen de ser necesario.

Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, así puede informarles qué hacer con la receta nueva y evitar demoras en el envío.

Para cancelar el envío automático de las nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor de cuidado médico, contáctenos al número de teléfono de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de membresía.

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

La farmacia surtirá y enviará automáticamente las nuevas recetas que reciba de los proveedores de cuidado médico sin antes confirmarlo con usted si:

- Ya usó los servicios de pedido por correo con nuestro plan, o
- Se inscribió para el envío automático de todas las recetas nuevas que envían directamente los proveedores de cuidado médico. Puede solicitar el envío automático de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento si incluye su consentimiento en la primera nueva receta con entrega a domicilio que envíe su médico.

Si usó antes el servicio de pedido por correo, pero no quiere que la farmacia surta y envíe de manera automática cada nueva receta, contáctenos llamando a Servicios para Miembros.

Si nunca usó nuestros envíos de pedidos por correo y/o decide suspender el surtido automático de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de cuidado médico para averiguar si quiere que le surtan y envíen el medicamento de inmediato.

- Esto le permitirá asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (y en la concentración, cantidad y forma correctas) y podrá cancelar o retrasar el pedido antes de que se lo envíen de ser necesario.
- Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, así puede informarles qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Para cancelar el envío automático de las nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor de cuidado médico, contáctenos llamando a Servicios para Miembros.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



3. Reposición de recetas de pedido por correo

Tiene la opción de inscribirse en un programa de reposición automática para reponer sus medicamentos. Con este programa, comenzaremos a procesar automáticamente su próxima reposición cuando nuestros registros indiquen que se le está acabando el medicamento.

- La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada reposición para asegurarse de que necesita el medicamento. También puede cancelar las reposiciones programadas si ya cuenta con el medicamento necesario o si su medicamento ha cambiado.
- Si elige no usar el programa de reposición automática, comuníquese con la farmacia 30 días antes de que se le acaben los medicamentos de su receta actual para asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar su participación en el programa de reposición automática que prepara automáticamente la reposición de los pedidos por correo, contáctenos llamando a Servicios para Miembros.

Infórmele a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro de los medicamentos para tratamiento a largo plazo que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos para tratamiento a largo plazo son aquellos que toma con regularidad para tratar una condición médica crónica o prolongada.

Las farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos para tratamiento a largo plazo. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias le pueden dar un suministro de medicamentos para tratamiento a largo plazo. Para obtener más información, también puede llamar a Servicios para Miembros.

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan y obtener un suministro de medicamentos para tratamiento a largo plazo. Consulte la **Sección A6** para obtener más información sobre los servicios de pedido por correo.

A8. Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro 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. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio donde puede obtener los medicamentos recetados como miembro de nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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

- Usted está de viaje dentro de los Estados Unidos y sus territorios, y se enferma; o pierde sus medicamentos recetados o se queda sin ellos.
- Usted está de viaje dentro de los Estados Unidos y sus territorios, y el medicamento recetado es para atención de urgencia o una emergencia médica.
- Usted no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio debido a que no hay disponible una farmacia de la red que atienda las 24 horas a menos de 25 millas de distancia.
- Usted quiere surtir una receta para un medicamento cubierto que no suele venderse en una farmacia minorista de la red accesible. (Por ejemplo, un medicamento no comercializado u otro producto farmacéutico especializado).

En estos casos, le recomendamos que primero consulte con Servicios para Miembros si hay una farmacia de la red cerca.

A9. Devolución del dinero si usted paga un medicamento recetado

Anthem MediBlue Full Dual Advantage no puede reembolsarle los medicamentos recetados cubiertos por Medi-Cal.

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total cuando obtenga el medicamento recetado. Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero.

Si paga el costo total del medicamento recetado que puede estar cubierto por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia le reembolse el medicamento una vez que Medi-Cal Rx lo pague. O bien, puede pedirle a Medi-Cal Rx que le devuelva el dinero si presenta la reclamación de “Reembolso de Gastos de Bolsillo de Medi-Cal (Conlan)”. Puede encontrar información adicional en el sitio web de Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Para obtener más información al respecto, consulte el **Capítulo 7** del *Manual del miembro*.

B. Lista de medicamentos de nuestro plan

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

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Seleccionamos los medicamentos de la Lista de medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. En la Lista de medicamentos, también se indican las normas que debe seguir para obtener los medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan cuando usted cumple con las normas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos de nuestra Lista de medicamentos

Nuestra Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare.

La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene en una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Muestre su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando surta sus recetas a través de Medi-Cal Rx.

Nuestra Lista de medicamentos incluye medicamentos genéricos y de marca.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial que es propiedad de su fabricante. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. Cuando en nuestra Lista de medicamentos decimos “medicamentos”, podemos referirnos tanto a un medicamento como a un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. En general, los genéricos funcionan tan bien como los medicamentos de marca y suelen costar menos. Su proveedor tiene disponibles medicamentos genéricos sustitutos para muchos medicamentos de marca si usted tiene preguntas sobre si un medicamento genérico o de marca satisfará sus necesidades.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos OTC como beneficio suplementario.

Algunos medicamentos OTC cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Este beneficio suplementario se describe en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este Manual del miembro.

B2. Cómo buscar un medicamento en nuestra Lista de medicamentos

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

- Consultar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- Visitar el sitio web de nuestro plan en shop.anthem.com/medicare/ca. La Lista de medicamentos de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar a Servicios para Miembros para consultar si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos o pedir una copia de la lista.
- Consultar si los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información.

B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están en nuestra Lista de medicamentos porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra Lista de medicamentos. Si se recetó un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, sus necesidades de medicamentos recetados siempre se evaluarán según las políticas de cobertura de nuestro plan y las reglas de cobertura de Medicare.

Nuestro plan no paga los medicamentos que figuran en esta sección. Se los llama **medicamentos excluidos**. Si recibe una receta para un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo usted mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido en su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro* para obtener más información sobre las apelaciones.

Estas son tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. Con la cobertura de medicamentos ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D) no se puede pagar un medicamento que ya esté cubierto por Medicare Parte A o Parte B. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o Parte B de manera gratuita, pero estos no se consideran parte de sus beneficios para medicamentos recetados ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir 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 contar con el respaldo de ciertas referencias médicas para el tratamiento de su condición. Su médico puede recetarle un medicamento determinado para tratar su condición, aunque el medicamento no esté aprobado para eso. Esto se llama “uso no aprobado o fuera de lo indicado”. Normalmente, nuestro plan no cubre medicamentos que se recetan para un uso fuera de lo indicado.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Por otra parte, por ley, los medicamentos que figuran a continuación no están cubiertos por Medicare ni por Medi-Cal.

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®. (A través de una mejor cobertura de medicamentos, el plan ofrece cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos con un plan de medicamentos recetados de Medicare. Por ejemplo, se cubren cuatro tabletas por mes de sildenafil, el medicamento para la disfunción eréctil.)
- Medicamentos ambulatorios elaborados por una compañía que indica que usted debe realizarse análisis o servicios que solo ellos realizan

B4. Niveles de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en uno de los cinco niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, de marca y genéricos).

- El Nivel 1 incluye los medicamentos genéricos preferidos.
- El Nivel 2 incluye los medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 incluye los medicamentos de marca preferidos.
- El Nivel 4 incluye los medicamentos no preferidos.
- El Nivel 5 incluye los medicamentos especializados.

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

En el **Capítulo 6** del *Manual del miembro*, se indica el monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel.

C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre nuestro plan. De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que sea eficaz para su condición médica, además de seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona de la misma manera que uno de mayor costo, esperamos que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Si hay alguna norma especial para su medicamento, por lo general significa que usted o el proveedor deben tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento.

Por ejemplo, es posible que el proveedor primero deba informarnos su diagnóstico o proporcionar los resultados de los análisis de sangre. Si usted o el proveedor piensan que nuestra norma no debería aplicarse a su situación, pídanos que hagamos una excepción. Podemos aceptar que use el medicamento sin la necesidad de seguir los pasos adicionales o no.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.

1. Límite del uso de un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible

En general, los medicamentos genéricos funcionan igual que los de marca y suelen costar menos. Si existe una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica.

- Por lo general, no pagamos el medicamento de marca cuando existe una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos informó el motivo médico por el que un medicamento genérico no es eficaz para usted o anotó en la receta de un medicamento de marca la leyenda “Sin sustituciones”, **o bien**, nos informó el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición son eficaces para usted; en ese caso, cubriremos el medicamento de marca.

2. Requisito de aprobación del plan por adelantado

Usted o su médico deberán obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta de algunos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

3. Requisito de prueba de un medicamento diferente primero

En general, queremos que usted pruebe medicamentos de más bajo costo, que a menudo son igual de efectivos, antes de cubrir medicamentos más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición 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, cubriremos entonces el medicamento B. Esto se conoce como terapia escalonada.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



4. Límites de cantidad

Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos. Esto se conoce como “límite de cantidad”. Por ejemplo, podríamos limitar la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta.

Para saber si alguna de estas normas se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte nuestra Lista de medicamentos. Para obtener la información más reciente, llame a Servicios para Miembros o consulte nuestro sitio web en shop.anthem.com/medicare/ca. Si no está de acuerdo con nuestra decisión relacionada con una solicitud de cobertura o de excepción, puede solicitar una apelación. Para obtener más información al respecto, consulte la sección E del Capítulo 9.

D. Motivos por los que su medicamento podría 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 quisiera. Por ejemplo:

- El medicamento que quiere tomar no está cubierto por nuestro plan. El medicamento puede no estar en nuestra Lista de medicamentos. Tal vez cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que quiere tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos revisado para determinar la seguridad y eficacia.
- El medicamento está cubierto por nuestro plan, pero se aplican normas o límites especiales para su cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o el profesional que receta quieran solicitarnos una excepción.

Hay algunas cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento en la forma en que quisiera.

D1. Un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando no está en nuestra Lista de medicamentos o está limitado de alguna forma. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de conseguir un medicamento diferente o pedirnos que cubramos el medicamento.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en nuestra Lista de medicamentos o
 - nunca estuvo en nuestra Lista de medicamentos o
 - ahora está limitado de alguna manera
2. Debe encontrarse en una de las situaciones siguientes:
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal es para 30 días como máximo.
 - Si la receta se hace por menos días, permitimos la reposición de varias recetas del medicamento hasta un suministro para 30 días como máximo. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento recetado en cantidades pequeñas por vez para evitar el desperdicio.
 - Usted es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal es para 30 días como máximo.
 - Si la receta se hace por menos días, permitimos la reposición de varias recetas del medicamento hasta un suministro para 30 días como máximo. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento recetado en cantidades pequeñas por vez para evitar el desperdicio.
 - Hace más de 90 días que está en nuestro plan, reside en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro para 34 días o menos si la receta indica menos días. Esto es complementario al suministro temporal anterior.
 - Para obtener un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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

- Cambie de medicamento.

Puede haber un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que funcione para usted. Llame a Servicios para Miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

O BIEN

- Solicite una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que cubramos un medicamento sin límites. Si el proveedor afirma que hay motivos médicos que justifican una excepción, puede ayudarlo a solicitárnosla.

Si un medicamento que toma se sacará de nuestra 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. Puede pedirnos que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento en la forma que quisiera para el año siguiente.
- Responderemos su solicitud de excepción en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibamos su solicitud (o una declaración justificadora del profesional que receta).

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.

Si necesita ayuda para pedir una excepción, comuníquese con Servicios para Miembros. Si no está de acuerdo con nuestra decisión relacionada con una solicitud de cobertura o de excepción, puede solicitar una apelación (Para obtener más información al respecto, consulte la sección E del Capítulo 9.).

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realiza el 1.º de enero, pero podemos agregar o quitar medicamentos de nuestra Lista de medicamentos durante el año.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



También podemos cambiar nuestras normas acerca de los medicamentos. Por ejemplo, podríamos hacer lo siguiente:

- Decidir si un medicamento requiere o no requiere aprobación previa (nuestro permiso para obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de la terapia escalonada en relación con un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para obtener más información sobre estas normas de los medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si toma un medicamento que cubríamos al **comienzo** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que suceda lo siguiente:

- Aparezca en el mercado un nuevo medicamento más barato que actúe de la misma forma que uno de nuestra Lista de medicamentos, **o**
- Descubramos que un medicamento no es seguro, **o**
- Un medicamento sea retirado del mercado.

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

- Consultar nuestra Lista de medicamentos más actualizada en línea, en shop.anthem.com/medicare/ca **o**
- Llamar a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página para consultar nuestra Lista de medicamentos más actualizada.

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

- **Está disponible un nuevo medicamento genérico.** A veces, aparece en el mercado un nuevo medicamento genérico que actúa de la misma forma que un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos actual. Cuando eso sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento se mantendrá igual.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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

- Es posible que no le informemos antes de hacer ese cambio, pero luego le brindaremos información sobre el cambio específico 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** del *Manual del miembro* para obtener más información sobre las excepciones.

Se retira un medicamento del mercado. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) informa que un medicamento que usted toma no es seguro, o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos de nuestra Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo haremos saber.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma.

Le comunicaremos con anticipación estos otros cambios a nuestra 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 nuestra Lista de medicamentos o
 - Cambiamos las normas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Si está tomando el medicamento de marca en el momento que hacemos el cambio, le suministraremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado. Se le informará lo que puede hacer para solicitar una excepción con el objetivo de cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio. Usted y el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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

Si se producen estos cambios, nosotros:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de aplicar el cambio en nuestra Lista de medicamentos ○
- Le informaremos y le daremos un suministro para 30 días del medicamento después de que solicite una reposición.

Esto le dará tiempo para que hable con su médico u otro profesional que receta. Estas personas pueden ayudarlo con estas decisiones:

- Si hay un medicamento similar en nuestra Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar ○
- Si debe pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.

Es posible que implementemos otros cambios en los medicamentos que toma que no lo afecten en este momento. En estos casos, si toma un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente, no lo quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que usted toma o limitamos su uso, en ese caso, el cambio no afectará el uso del medicamento para usted durante el resto del año.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Está en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

Si lo admiten en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubrimos el costo de sus medicamentos recetados durante su permanencia. No deberá pagar un copago. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos si cumplen con todas nuestras normas de cobertura.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



F2. Vive en un centro de cuidado a largo plazo

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

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte de la red o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

F3. Participa en un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que esté inscrito un programa de hospicio de Medicare y requiera un medicamento para el dolor, para las náuseas o para la ansiedad, o un laxante que no está cubierto por el hospicio porque no está relacionado con su pronóstico terminal y sus condiciones. En ese caso, el profesional que receta o el proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrir el medicamento.
- Para evitar demoras para recibir un medicamento no relacionado que debería ser cubierto por nuestro plan, puede pedirle al proveedor del hospicio o al profesional que receta que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado, antes de pedirle a la farmacia que surta su receta.

Si abandona el hospicio, nuestro plan cubrirá todos los medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando terminen sus beneficios de hospicio de Medicare, lleve a la farmacia la documentación que confirme que usted ya no está en el hospicio.

Consulte la información sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan que figura antes en este capítulo. Consulte el **Capítulo 4** del *Manual del miembro* para obtener más información sobre el beneficio de hospicio.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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

G1. Programas para ayudarlo 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 que actúa de la misma manera
- Pueden no ser seguros debido a su edad o sexo
- Podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Tienen ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico
- Tienen cantidades no seguras de medicamentos opioides para el dolor

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

G2. Programas para ayudarlo a manejar sus medicamentos

Es posible que tome medicamentos para diferentes condiciones médicas y/o se encuentre en un Programa de administración de medicamentos para ayudarlo a tomar los medicamentos opioides de manera segura. En estos casos, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM). Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional médico llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos y hablarán 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 los medicamentos recetados y de venta libre

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Luego, 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.
- Una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que toma y la razón por la que los toma.
- Información sobre cómo desechar de manera segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea programar una revisión de medicamentos antes de la visita anual de “bienestar”, para que pueda hablar con el médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve el plan de acción y la lista de medicamentos a la visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado médico.
- Lleve su lista de medicamentos si acude al hospital o a la sala de emergencia.

Estos programas de administración de la terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que reúnen 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.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros.

G3. Programa de administración de medicamentos para usar de forma segura los medicamentos opioides

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que suelen usarse de forma indebida. Se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP).

Si recibe medicamentos opioides de varios médicos o distintas farmacias, o ha sufrido recientemente una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que use debidamente estos medicamentos y que sean médicamente necesarios. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su consumo de medicamentos opioides no es seguro, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas para dichos medicamentos de ciertas farmacias y/o de ciertos médicos.
- Limitar la cantidad de dichos medicamentos que cubrimos para usted.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Si consideramos que una o más de las limitaciones deben aplicarse en su caso, le enviaremos una carta por adelantado. En esta carta se explican las limitaciones que consideramos que se deben aplicar.

Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y brindarnos cualquier información que considere importante que conozcamos.

Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que haya tenido la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta confirmando las limitaciones.

Si cree que cometimos un error o que no existe el riesgo de que usted haga un uso indebido de los medicamentos recetados, o si no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que receta pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le enviaremos una decisión por escrito. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones a su acceso a estos medicamentos, enviaremos su caso de manera automática a una Organización de Revisión Independiente. Para obtener más información sobre las apelaciones y la Organización de Revisión Independiente, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.

El DMP puede no aplicarse en su caso si:

- Tiene determinadas condiciones médicas, como cáncer o anemia falciforme,
- Recibe cuidado terminal, paliativo o de hospicio, o
- Vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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

Introducción

En este capítulo, se explica lo que usted paga por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a los siguientes:

- Medicamentos recetados de Medicare Parte D, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal Rx, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Como es elegible para Medi-Cal, usted recibe la Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados de Medicare Parte D. Le enviamos un encarte por separado, llamado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que obtienen Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar por medicamentos recetados” (también conocida como “cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos” o “LIS Rider”), en la que se le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no posee este encarte, llame a Servicios para Miembros y solicite la “cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos (LIS)”.

Ayuda Extra (“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 Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Extra (“Extra Help”) también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

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 consultar lo siguiente:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - La denominamos la “Lista de medicamentos”. Allí se informa lo siguiente:
 - Qué medicamentos pagamos
 - En cuál de los cinco niveles está cada medicamento
 - Si se aplica algún límite a los medicamentos

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar la Lista de medicamentos más actualizada en nuestro sitio web en shop.anthem.com/medicare/ca.
- La cobertura de medicamentos no recetados o de venta libre (OTC) se ofrece como beneficio suplementario. Consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener información detallada.
- La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene en una farmacia están cubiertos por Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP). Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Muestre su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando surta recetas a través de Medi-Cal Rx.
- El **Capítulo 5** del *Manual del miembro*.
 - Allí se indica cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.
 - Incluye las normas que debe cumplir. También detalla qué tipos de medicamentos recetados no cubre nuestro plan.
- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, debe obtener los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red. Las farmacias de la red son las farmacias que han acordado trabajar con nosotros.
 - En el *Directorio de proveedores y farmacias* figuran las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** del Manual del miembro para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Índice

A. La <i>Explicación de Beneficios</i> (EOB).....	155
B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos	156
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo	157
C1. Nuestros niveles	157
C2. Sus opciones de farmacia	157
C3. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo	158
C4. Lo que usted paga	158
D. Vacunación.....	158
D1. Lo que debe saber antes de vacunarse	159

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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 de gastos de bolsillo**. Este es el monto de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos recetados. Como todos los miembros pagan \$0 por los medicamentos recetados cubiertos por la Parte D, esto no se aplica en su caso.
- Los **costos totales de los medicamentos**. Este es el monto de dinero que usted, u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos recetados, además del monto que pagamos nosotros.

Cuando usted obtiene medicamentos recetados a través de nuestro plan, le enviamos un resumen conocido como *Explicación de Beneficios de la Parte D*. Para abreviar, la llamamos EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D contiene más información sobre los medicamentos que usted toma, como aumentos en el costo total de los medicamentos.

La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información del mes**. En el resumen se informan los medicamentos recetados que usted obtuvo. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagamos nosotros y lo que pagaron usted y otros en su nombre.
- **Información sobre el acumulado este año hasta la fecha**. Incluye sus costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1.º de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento**. Se informa el precio total del medicamento y la variación porcentual del precio del medicamento desde la primera vez que surtió la receta.

Brindamos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare-

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se tienen en cuenta en el total de sus costos de gastos de bolsillo. Esto incluye las recetas que se surten a través de Medi-Cal Rx.
- La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene en una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal al 1-800-977-2273. Muestre su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando surta recetas a través de Medi-Cal Rx.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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 realiza, utilizamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. A continuación, le explicamos cómo puede ayudarnos:

1. Use su tarjeta de identificación del plan.

Muestre su tarjeta de identificación de Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué medicamentos recetados obtiene y lo que paga por ellos.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Bríndenos copias de los recibos de los medicamentos que haya pagado. Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero del medicamento.

A continuación, le presentamos algunas situaciones en las que debe proporcionarnos las copias de los recibos:

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

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le devolvamos el dinero de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** del *Manual del miembro*.

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

Los pagos hechos por algunas personas y organizaciones también cuentan para los costos de gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA, los Servicios de Salud Indígena y la mayoría de las instituciones benéficas se aplican a los costos de gastos de bolsillo.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



4. Controle la EOB que le enviamos.

Cuando reciba por correo una EOB de la Parte D, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que hay algún error, que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros. Guarde estas EOB de la Parte D. Constituyen un registro importante sobre sus gastos de medicamentos.

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo

Con nuestro plan, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos, siempre que respete las normas.

C1. Nuestros niveles

Los niveles son grupos de medicamentos en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en uno de los cinco niveles. **No se aplican copagos a los medicamentos recetados** de la Lista de medicamentos. Para conocer los niveles de sus medicamentos, consulte la Lista de medicamentos.

- El Nivel 1 incluye los medicamentos genéricos preferidos.
- El Nivel 2 incluye los medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 incluye los medicamentos de marca preferidos.
- El Nivel 4 incluye los medicamentos no preferidos.
- El Nivel 5 incluye los medicamentos especializados.

C2. Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento *no está* determinado según si obtiene el medicamento de las siguientes farmacias:

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual del miembro* para averiguar en qué situaciones lo hacemos. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una apelación si le indicamos que un medicamento no estará cubierto.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** del *Manual del miembro* y el *Directorio de proveedores y farmacias*.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



C3. 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 surte su receta. Un suministro a largo plazo puede ser un suministro para 90 días como máximo para los medicamentos en los Niveles 2 a 5 y para 100 días como máximo para los medicamentos en el Nivel 1. Usted no paga nada por un suministro a largo plazo.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener suministros a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** del *Manual del miembro* o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

C4. Lo que usted paga

Usted paga \$0 por todos los medicamentos recetados cubiertos en todos los niveles.

La cobertura de medicamentos de venta libre (OTC) se ofrece como beneficio suplementario y se detalla en el Cuadro de beneficios médicos, en el Capítulo 4.

La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene en una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal al 800-977-2273. Muestre su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando surta recetas a través de Medi-Cal Rx.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes de un medicamento recetado cubierto en alguna de estas farmacias:

Usted paga \$0 por todos los medicamentos recetados cubiertos en todos los niveles, obtenidos a través de farmacias minoristas, de pedido por correo y de cuidado a largo plazo.

Para obtener más información sobre las farmacias que pueden ofrecerle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

D. Vacunación

Información importante sobre lo que paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Parte D sin costo para usted. Nuestra cobertura de vacunaciones de Medicare Parte D tiene dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es para el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



2. La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. Por ejemplo, algunas veces es posible que su médico le aplique la inyección.

D1. Lo que debe saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a Servicios para Miembros si planea vacunarse.

- Podemos informarle cómo cubre nuestro plan la vacunación

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por 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 solicitarnos que paguemos los servicios o medicamentos	161
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago	163
C. Decisiones de cobertura.....	164
D. Apelaciones.....	164

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



A. Cómo solicitarnos que paguemos los servicios o medicamentos

Los proveedores de la red deben facturarle al plan médico los servicios y medicamentos cubiertos después de que los recibe. Un proveedor de la red trabaja con el plan médico.

Si recibe una factura por cuidado médico o medicamentos, no la pague y envíenla.

Para conocer cómo enviarnos una factura, consulte la **Sección B**.

- Si los medicamentos o servicios están cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y ya pagó *la factura*, tiene derecho a que le devuelvan el dinero.
- Si los medicamentos o servicios no están cubiertos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Si recibió una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudar. 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 tener que pedirnos que le devolvamos el dinero o paguemos una factura que recibió:

1. Cuando recibe cuidado médico de emergencia o necesario de forma urgente brindado por un proveedor fuera de la red. Consulte la Sección D4 del Capítulo 3 en la página 43.

Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si paga el monto completo al momento de recibir la atención, debe pedirnos que le devolvamos el dinero. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide un pago que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
 - Si se le debe pagar al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó el servicio, le devolveremos el dinero a usted.
- Para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red, consulte el **Capítulo 5** del Manual del miembro.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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 del plan cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado.

Una facturación incorrecta es cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura por los servicios más que el monto de nuestros costos compartidos. **Llame a Servicios para Miembros si usted recibe una factura. No pague la factura.**

- Como pagamos el costo total de sus servicios, usted no tiene que pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.
- Si usted ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y las pruebas de cualquier pago que haya hecho. Le devolveremos el dinero de los servicios cubiertos.

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

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

- En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos pida que le devolvamos el dinero.
- Para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red, consulte el **Capítulo 5** del Manual del miembro.

4. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no lleva consigo la tarjeta de identificación del plan

Si no tiene su tarjeta de identificación del plan, puede pedirle a la farmacia que nos llame o que busque su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que deba pagar el costo total del medicamento recetado o regresar a la farmacia con la tarjeta de identificación del plan.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos pida que le devolvamos el dinero.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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

Usted podría pagar el costo total del medicamento recetado porque el medicamento no está cubierto.

- El medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de nuestro sitio web o puede 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 debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*).
 - Si usted, su médico u otro profesional que receta consideran que usted necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura (consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos pida que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, podemos necesitar más información de su médico o de otro profesional que receta para devolverle el dinero del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto es tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debe estar cubierto, lo pagaremos.

Si rechazamos su solicitud de pago, podrá apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Le recomendamos hacer una copia de la factura y de los recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su coordinador de cuidado.

A fin de asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No es obligatorio usar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Para obtener el formulario, visite nuestro sitio web, shop.anthem.com/medicare/ca, o llame a Servicios para Miembros y solicítelo.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Envíe la solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Anthem Blue Cross
P.O. Box 366
Artesia, CA 90702-0366

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento. También decidiremos el monto, si lo hubiera, que usted deberá pagar.

- Le informaremos si necesitamos que nos brinde información adicional.
- Si decidimos que el servicio, artículo o medicamento está cubierto por nuestro plan y usted siguió las normas para recibirlo, lo pagaremos. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque por lo que pagó. Si no lo ha hecho, le pagaremos directamente al proveedor.

En el **Capítulo 3** del Manual del miembro, se explican las normas para que los servicios estén cubiertos. En el **Capítulo 5** del *Manual del miembro*, se explican las normas para que los medicamentos recetados de Medicare Parte D estén cubiertos.

- Si decidimos no pagar el servicio o medicamento, le enviaremos una carta en la que se explicarán los motivos. En la carta también se explicarán sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la **Sección E** del **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 pagamos.

El proceso formal de apelación tiene procedimientos y plazos específicos. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.

- Si quiere presentar una apelación para que le devolvamos el dinero que pagó por un servicio de cuidado médico, consulte la **Sección F**.
- Si quiere presentar una apelación para que le devolvamos el dinero que pagó por un medicamento, consulte la **Sección G**.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Capítulo 8: Sus derechos y obligaciones

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 servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	167
B. Nuestra responsabilidad de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	177
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)	178
C1. Cómo protegemos su PHI	179
C2. Su derecho a consultar sus registros médicos	179
D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información	185
E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente	186
F. Su derecho a retirarse de nuestro plan	186
G. Su derecho a tomar decisiones acerca de su cuidado médico	186
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones	187
G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda	187
G3. Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones	189
H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	189
H1. Qué debe hacer si lo tratan de manera injusta o para obtener más información sobre sus derechos	189
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	190

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about our 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 free interpreter services available to 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. To obtain materials in one of these alternative formats, please call **1-833-707-3129** or write to Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.
 - 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, Armenian, Korean, Russian, Vietnamese, Farsi, Tagalog, Khmer or Arabic.
 - You can get this document for free in other languages and formats, such as large print, braille or audio. Call Member Services at the number listed on the bottom of this page. When calling, let us know if you want this to be a standing order. That means we will send the same documents in your requested format and language every year. You can also call us to change or cancel a standing order. You can also find your documents online at shop.anthem.com/medicare/ca.

If you have 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, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que se le proporcionen todos los servicios de una forma culturalmente adecuada y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que pueda entender. Debemos brindarle información sobre sus derechos cada año que usted esté en nuestro plan.

- Para obtener información que pueda entender, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al **1-833-707-3129** o escriba a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.
 - Para obtener información que pueda entender, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder las preguntas en diferentes idiomas. También puede brindarle materiales en otros idiomas, además del español, y en formatos como letra grande, braille o audio. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir que le envíen los materiales en español, chino, armenio, coreano, ruso, vietnamita, farsi, tagalo, khmer o árabe.
 - Puede recibir este documento de forma gratuita en otros idiomas y formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página. Cuando llame, indique si se trata de un pedido regular. Eso quiere decir que, todos los años, enviaremos los mismos documentos en el formato e idioma solicitados. Puede llamarnos para cambiar o cancelar el pedido regular. También puede encontrar los documentos en línea, en shop.anthem.com/medicare/ca.

Si tiene dificultades para recibir información de nuestro plan debido a limitaciones de idioma o a una discapacidad, y desea presentar una queja, puede comunicarse con:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- La Oficina de Derechos Civiles al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



A. 您以滿足您需求的方式獲得服務和資訊的權利

我們必須確保以符合您的文化習慣和無障礙的方式向您提供所有服務。我們還必須以您能夠瞭解的方式告知您本計劃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。我們的計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回答問題。
- 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。要獲得其中一種替代格式的材料，請致電 1-833-707-3129 或寫信至 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007。
 - 如欲以您能夠了解的方式取得資訊，請致電會員服務部。我們的計劃有可以用不同語言回答問題的人員。我們的計劃也給予您英語以外的語言和大字型印刷、點字或音訊格式的資料。您可致電會員服務部，要求向您傳送採用西班牙文、中文、亞美尼亞文、韓文、俄文、越南文、波斯文、菲律賓文、高棉文或阿拉伯文的材料。
 - 您可以免費取得此檔案的其他語言和格式版本，例如大號字體印刷版、盲文或音訊。致電會員服務部，電話號碼見本頁面底部。致電時，請告知我們您是否希望這是一項常規訂單。這意味著我們每年都會以您要求的格式和語言發送相同的文件。您也可以致電我們更改或取消長期訂單。您也可以從 shop.anthem.com/medicare/ca 在線上尋找您的文件。

如果您因為語言問題或殘疾而無法從我們的計劃中獲得資訊，並且您想提出投訴，請致電：

- Medicare，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您可每週 7 天，每天 24 小時撥打該電話。聽障專線使用者可以致電 1-877-486-2048。
- 美國衛生與大眾服務部民權辦公室，電話是 1-800-368-1019。聽障專線使用者可以致電 1-800-537-7697。
- Medi-Cal 民權辦公室，電話是 916-440-7370。聽障專線使用者可以致電 711。

Si tiene preguntas, llame a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) al 1-833-707-3129 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



A. Quyền được nhận các dịch vụ và thông tin theo cách phù hợp với nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình của chúng tôi 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 Thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh ở các dạng thức như chữ in lớn, chữ nổi Braille, hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi **1-833-707-3129** hoặc viết thư cho Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.
 - Để được nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, xin gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên. Chương trình của chúng tôi có những người có thể trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau. Chương trình chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh ở các dạng thức như chữ in lớn, chữ nổi Braille, hoặc âm thanh. Quý vị có thể gọi Ban Dịch vụ Thành viên và yêu cầu gửi các tài liệu cho quý vị bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung, tiếng Armenia, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Việt, tiếng Ba Tư, tiếng Tagalog, tiếng Khmer hay tiếng Ả-rập.
 - Quý vị có thể yêu cầu cung cấp miễn phí tài liệu này ở các ngôn ngữ và dạng thức khác, như chữ in lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Gọi Ban Dịch vụ Thành viên theo số được ghi ở cuối trang này. Khi gọi điện, hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị muốn yêu cầu lệnh thường trực. Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ gửi các tài liệu tương tự theo định dạng và ngôn ngữ yêu cầu hàng năm. Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi để thay đổi hoặc hủy bỏ yêu cầu lệnh thường trực. Quý vị cũng có thể tìm thấy các tài liệu của mình tại shop.anthem.com/medicare/ca.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi tiếp nhận thông tin từ chương trình chúng tôi do bất đồng ngôn ngữ hay khuyết tật và quý vị muốn khiếu nại, vui lòng gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi đến vào 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.
- Sở Y tế và các Dịch vụ Nhân sinh, Văn phòng Quyền Công dân theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi 1-800-537-7697.
- Medi-Cal Văn phòng Quyền Công dân theo số 916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi 711.

Si tiene preguntas, llame a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) al 1-833-707-3129 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



A. Ang iyong karapatan na makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** ng mga serbisyo ay ibinibigay sa iyo sa isang kultural na kakayahan at naa-access na paraan. Dapat din naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang iyong mga karapatan sa paraang mauunawaan mo.

Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan bawat taon na ikaw ay nasa aming plano.

- Upang makakuha ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Ang aming plano ay maaari ding magbigay sa iyo ng mga materyales sa mga wika maliban sa Ingles at sa mga format tulad ng malaking print, braille, o audio. Upang makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag sa **1-833-707-3129** o sumulat sa Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.
 - Upang makakuha ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga taong makakasagot sa mga tanong sa iba't ibang wika. Ang aming plano ay maaari ding magbigay sa iyo ng mga materyal sa mga wika maliban sa Ingles at sa mga format tulad ng malalaking print, braille, o audio. Maaari kang tumawag sa Member Services at humiling na magpadala sa iyo ng mga materyales sa Spanish, Chinese, Armenian, Korean, Russian, Vietnamese, Farsi, Tagalog, Khmer o Arabic.
 - Makukuha mo ang dokumentong ito nang libre sa iba pang wika at format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Tumawag sa Member Services sa numerong nakalista sa ibaba ng page na ito. Kapag tumatawag, ipaalam sa amin kung gusto mo itong maging standing order. Ibig sabihin, ipapadala namin ang parehong mga dokumento sa iyong hiniling na format at wika bawat taon. Maaari mo rin kaming tawagan para baguhin o kanselahin ang isang standing order. Maaari mo ring mahanap ang iyong mga dokumento online sa shop.anthem.com/medicare/ca.

Kung nahihirapan kang makakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

Si tiene preguntas, llame a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) al 1-833-707-3129 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.
- Medi-Cal Office of Civil Rights sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711.

A. 가입자는 요구 사항에 맞는 방식으로 서비스와 정보를 얻을 권리를 가집니다.

모든 서비스는 문화적 수준에 부합하고 접근성 있는 방식으로 제공되어야 하며, 가입자가 이해할 수 있는 방법으로 플랜의 혜택 및 가입자 권리를 설명해야 합니다. 또한 가입자가 당사 플랜에 가입한 후 매년 가입자의 권리에 대해 알려야 합니다.

- 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화해 주십시오. 당사 플랜에는 다양한 언어로 질문에 답변해줄 통역사 서비스가 있습니다.
- 또한 대형 활자체, 점자, 오디오와 같은 형식과 영어 이외의 언어로 된 자료를 제공해드릴 수도 있습니다. 이러한 대안적 형식으로 자료를 제공 받으려면 **1-833-707-3129** 번으로 전화하시거나 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)에 P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007 의 주소로 편지를 보내주십시오.
 - 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화해 주십시오. 당사 플랜에는 다양한 언어로 질문에 답변해줄 담당자가 있습니다. 당사 플랜은 대형 활자체, 점자, 오디오와 같은 형식과 영어 이외의 언어로 된 자료를 제공해드릴 수도 있습니다. 가입자 서비스부에 전화하여 스페인어, 중국어, 아르메니아어, 한국어, 러시아어, 베트남어, 페르시아어, 타갈로그어, 크메르어 또는 아랍어로 이러한 자료를 요청할 수 있습니다.
 - 본 문서는 대형 활자체, 점자 또는 오디오와 같은 기타 언어 및 형식으로 무료로 제공해 드릴 수 있습니다. 이 페이지 하단에 열거된 번호로 가입자 서비스부에 전화해 주세요. 전화를 거실 때 다른 형식 또는 언어에 대한 귀하의 요청이 향후에도 상시 지시로 적용되기를 원하시는지 알려주세요. 그렇게 원하시면 요청하신 형식과 언어로 매년 동일한 서류를 보내드릴 것입니다. 상시 지시를 변경하거나 취소하려면 저희에게 연락하시면 됩니다. 필요한 서류는 shop.anthem.com/medicare/ca 에서 온라인으로도 확인하실 수 있습니다.

언어 문제나 장애로 인해 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 문제가 있어 불만을 제기하실 경우, 연락하실 수 있는 전화번호는 다음과 같습니다.

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번. 주 7 일 하루 24 시간 언제든지 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번을 이용해 주십시오.
- 미국 보건 복지부, 시민권 사무소: 1-800-368-1019 번. TTY 사용자는 1-800-537-7697 번을 이용해 주십시오.
- Medi-Cal 시민권 사무소: 916-440-7370 번. TTY 사용자는 711 번을 이용해 주십시오.

Si tiene preguntas, llame a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) al 1-833-707-3129 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



A. Ձեր իրավունքը ստանալու ծառայությունները և տեղեկություններն այնպես, որ բավարարեն ձեր կարիքները

Մենք պետք է ապահովենք, որ բոլոր ծառայությունները ձեզ տրամադրվեն մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով: Մենք պետք է նաև ձեզ տեղեկացնենք մեր ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին այնպես, որ դուք կարողանաք հասկանալ: Մենք պետք է պատմենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, երբ դուք գտնվում եք մեր ծրագրում:

- Որպեսզի ստանաք տեղեկություն ձեզ համար ընկալելի ձևով, զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է նյութերը տրամադրել նաև այլ լեզուներով (բացի անգլերենից) և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ մեծ չափերով տպագիր, բրայլյան կամ աուդիո տարբերակները: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար զանգահարեք **1-833-707-3129** կամ գրեք Anthem MediBlue Full Dual Advantage-ին (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007:
 - Որպեսզի ստանաք տեղեկություն ձեզ համար ընկալելի ձևով, զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագրում կան մարդիկ, ովքեր կարող են պատասխանել հարցերին տարբեր լեզուներով: Մեր ծրագիրը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպիսիք են խոշոր տպագիր, բրայլյան կամ աուդիո տարբերակները: Կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն և խնդրել, որպեսզի այս տեղեկատվությունը ձեզ ուղարկվի իսպաներեն, չինարեն, հայերեն, կորեերեն, ռուսերեն, վիետնամերեն, պարսկերեն, թագալերեն, քմերեն կամ արաբերեն լեզուներով:
 - Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս փաստաթուղթն այլ լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպես օրինակ՝ խոշոր տառատեսակով տպագրությունը, բրայլյան ձևաչափը կամ ձայնագրությունը: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն այս էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով: Զանգահարելիս տեղեկացրեք մեզ՝ արդյոք ցանկանում եք, որ դա մշտական պահանջ լինի: Սա նշանակում է, որ մենք ամեն տարի նույն փաստաթղթերը կուղարկենք ձեր պահանջած ձևաչափով և լեզվով: Կարող եք նաև զանգահարել մեզ՝ մշտական պահանջը փոխելու կամ չեղարկելու համար: Դուք կարող եք նաև գտնել ձեր փաստաթղթերն առցանց՝ shop.anthem.com/medicare/ca:

Si tiene preguntas, llame a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) al 1-833-707-3129 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Եթե լեզվական խնդիրներ կամ հաշմանդամության պատճառով խնդիրներ ունեք մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալու հետ, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք.

- Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն՝ 1-877-486-2048:
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչության Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն՝ 1-800-537-7697:
- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն՝ 711:

A. Հոգ տանե՛ք ձեր իրավունքները և ստացե՛ք ծառայություններ, որոնք ձեզ հարկավոր են:

Իրավունքներ ստանալու համար, ձեզ կհարկավորվի հարկավոր ծառայություններ ստանալու համար: Եթե ձեզ հարկավոր են ծառայություններ, որոնք ձեզ հարկավոր են, ձեզ կհարկավորվի հարկավոր ծառայություններ ստանալու համար: Եթե ձեզ հարկավոր են ծառայություններ, որոնք ձեզ հարկավոր են, ձեզ կհարկավորվի հարկավոր ծառայություններ ստանալու համար:

- Եթե ձեզ հարկավոր են ծառայություններ, որոնք ձեզ հարկավոր են, ձեզ կհարկավորվի հարկավոր ծառայություններ ստանալու համար:
- Եթե ձեզ հարկավոր են ծառայություններ, որոնք ձեզ հարկավոր են, ձեզ կհարկավորվի հարկավոր ծառայություններ ստանալու համար:

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)

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

- Եթե ձեզ հարկավոր են ծառայություններ, որոնք ձեզ հարկավոր են, ձեզ կհարկավորվի հարկավոր ծառայություններ ստանալու համար:
- Եթե ձեզ հարկավոր են ծառայություններ, որոնք ձեզ հարկավոր են, ձեզ կհարկավորվի հարկավոր ծառայություններ ստանալու համար:

Si tiene preguntas, llame a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) al 1-833-707-3129 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



اگر دریافت اطلاعات از برنامه ما به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی برای شما دشوار است و می‌خواهید شکایت ارائه دهید، با شماره زیر تماس بگیرید:

- Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی در وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا با شماره تلفن 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند. درایدها برای کمک گرفتن با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

A. Вы имеете право получать необходимые вам помощь и информацию

Мы должны следить за тем, чтобы **все** обслуживание было доступным и чтобы вы получали его с учетом ваших культурных особенностей. О покрываемом плане обслуживании и о ваших правах мы должны сообщать в понятной вам форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для того чтобы получить информацию в удобной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания. У нас есть устные переводчики, которые на различных языках отвечают на вопросы участников плана.
- Кроме того, вы можете получить материалы нашего плана в переводе на другие языки или в других формах, например в виде аудиозаписи или напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Для того чтобы получить материалы плана в одной из альтернативных форм, позвоните по номеру **1-833-707-3129** или напишите по следующему адресу: Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.
 - Для того чтобы получить информацию в удобной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания. У нас есть люди, которые на различных языках отвечают на вопросы участников плана. Кроме того, вы можете получить материалы нашего плана в переводе на другие языки или в других формах, например в виде аудиозаписи или напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Вы можете позвонить в отдел обслуживания и попросить, чтобы материалы плана вам присылали на испанском, китайском, армянском, русском, вьетнамском, тагальском, кхмерском или арабском языке или на фарси.
 - Этот документ можно бесплатно получить на других языках и в других формах, например напечатанным крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи. Позвоните в отдел обслуживания по номеру, указанному в нижней части страницы. Во время разговора снашим

Si tiene preguntas, llame a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) al 1-833-707-3129 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



сотрудником попросите считать ваше распоряжение долгосрочным. В этом случае мы будем ежегодно присылать вам документы на выбранном языке и в выбранной форме. Вы всегда можете нам позвонить, чтобы изменить или отменить ваши долгосрочные распоряжения. Кроме того, необходимые вам документы есть на сайте shop.anthem.com/medicare/ca.

Если из-за инвалидности или недостаточного знания английского языка вам трудно разбираться в информации, которую мы вам сообщаем, то можете подать жалобу:

- В программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Звонить можно круглосуточно и в любой день недели. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- В Управление по вопросам гражданских прав при Департаменте здравоохранения и социальных служб по номеру 1-800-368-1019. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-800-537-7697.
- В отдел гражданских прав при программе Medi-Cal по номеру 916-440-7370. Пользователям TTY следует звонить по номеру 711.

A. حَقْكَ فِي الْحَصُولِ عَلَى الْخِدْمَاتِ وَالْمَعْلُومَاتِ بِطَرِيقَةٍ تَلْبِي أَحْتِيَاجَاتِكَ

يجب أن نحرص على أن تكون جميع الخدمات التي نقدمها إليك مناسبة لثقافتك ويمكن الوصول إليها بسهولة. يجب أن نخبرك أيضاً عن مزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نخبرك عن حقوقك سنوياً طالما أنك مسجل في خطتنا.

• للحصول على المعلومات بالطريقة التي يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. لدينا في خطتنا خدمات الترجمة الفورية التي يمكنك الاستعانة بها للحصول على إجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.

• يمكن لخطتنا توفير المواد لك بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية، وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو مسجلة صوتياً. للحصول على المستندات بتنسيق مختلف من هذه التنسيقات، يُرجى الاتصال بالرقم **1-833-707-3129** أو

إرسال رسالة كتابية إلى Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) إلى
.P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007

○ للحصول على المعلومات بالطريقة التي يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. هناك أشخاص يعملون في خطتنا بإمكانهم الإجابة عن أسئلتك بلغات مختلفة. يمكن لخطتنا توفير المواد لك بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية، وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو مسجلة صوتياً. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء وطلب إرسال المواد لك باللغة الإسبانية أو الصينية أو الأرمنية أو الكورية أو الروسية أو الفيتنامية أو الفارسية أو التاغالوغية أو الخميرية أو العربية.

○ يمكنك الحصول على هذا المستند مجاناً بلغات وتنسيقات أخرى كأن تكون مطبوعاً بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو مسجلة صوتياً. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم المدرج في الجزء السفلي من هذه الصفحة. عند الاتصال، أخبرنا إذا كنت تريد أن يكون ذلك طلباً ثابتاً. ويعني ذلك أننا سنرسل نفس المستندات بالتنسيق واللغة المطلوبين من جانبك كل عام. يمكنك أيضاً الاتصال بنا لتغيير أو إلغاء طلب ثابت. يمكنك أيضاً العثور على مستنداتك عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني shop.anthem.com/medicare/ca.

Si tiene preguntas, llame a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) al 1-833-707-3129 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



إذا واجهت مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، فاتصل على:

- Medicare على الرقم(1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يمكنك الاتصال على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. ويجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370 ويجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.

A. អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមមធ្យោបាយណាមួយដែលអ្នកពេញចិត្ត

យើងក៏ត្រូវតែធានាថាសេវាកម្មទាំងអស់ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកទៅតាមលក្ខណៈវប្បធម៌ និងលក្ខណៈដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់បាន។ យើងក៏ត្រូវប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នករៀងរាល់ឆ្នាំដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានក្នុងទម្រង់ដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ភាសាអង់គ្លេសដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងអាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវសម្ភារៈ ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និងជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរចុះពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬ ជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ **1-833-707-3129** ឬសរសេរសារទៅ Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007។
 - ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានក្នុងទម្រង់ដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានអ្នកដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។ គម្រោងរបស់យើងអាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវសម្ភារៈឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និងជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរចុះពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកហើយសុំឱ្យគេផ្ញើឯកសារទៅអ្នកជាភាសាអេស្ប៉ាញ ចិន អាមេនី កូរ៉េ រុស្ស៊ី វៀតណាម ហ្វីលីពីន តាកាវ៉ា ខ្មែរ ឬអារ៉ាប់។
 - អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃតាមទម្រង់ និងភាសាផ្សេងៗដូចជាការចុះពុម្ពអក្សរធំៗ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមលេខទូរស័ព្ទដែលរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។ នៅពេលហៅទូរស័ព្ទសូមប្រាប់យើងប្រសិនបើអ្នកចង់ដាក់វាជាសំណើជាប្រចាំ។ មានន័យថា យើងនឹងផ្ញើឯកសារដូចគ្នាទៅតាមទម្រង់ និងភាសាដែលអ្នកបានស្នើសុំជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ អ្នកក៏អាចហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំដើម្បីផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់សំណើជាប្រចាំផងដែរ។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកឯកសាររបស់អ្នកលើបណ្តាញអ៊ីនធឺណិតបានផងដែរតាម shop.anthem.com/medicare/ca។

Si tiene preguntas, llame a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) al 1-833-707-3129 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពិគម្រោងរបស់យើង ដោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬ ពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរស័ព្ទមកលេខ:

- Medicare តាម 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចហៅបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។
- នាយកដ្ឋានសុខភាព និងសេវាមនុស្សសាស្ត្រ ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលតាមលេខ 1-800-368-1019 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697។
- ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 711។

B. Nuestra responsabilidad de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos por ser miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre los tipos de proveedores que pueden ser PCP y sobre cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** del *Manual del miembro*.
 - Llame a Servicios para Miembros 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 una remisión. Una remisión es una aprobación del PCP para consultar a un proveedor que no sea su PCP.
- 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.
 - Si no puede recibir servicios en un tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o cuidado necesario de forma urgente sin aprobación previa.
- Tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de la red sin demoras prolongadas.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** del *Manual del miembro*.
- Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, tiene derecho a mantener sus proveedores actuales y autorizaciones de servicio por hasta 12 meses si se cumplen ciertas condiciones. Para obtener más información sobre cómo mantener sus proveedores y autorizaciones de servicio, consulte el **Capítulo 1** del *Manual del miembro*.
- Tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre la atención médica con ayuda del equipo de cuidado médico y del coordinador de cuidado.

En el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*, se describe lo que puede hacer si piensa que no recibe los servicios o medicamentos en un plazo razonable. También se indica lo que puede hacer si le hemos negado la cobertura de los servicios o medicamentos y no está de acuerdo con la decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)

Protegemos su información personal de salud (PHI) según lo requerido por las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos suministró cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos relacionados con su información y para controlar cómo se utiliza su PHI. Le enviamos una notificación escrita en la que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. Se llama “Aviso de Prácticas de Privacidad”.

Los miembros que aceptan recibir servicios sensibles no están obligados a brindar otra autorización del miembro para recibir estos servicios o presentar una reclamación relacionada con estos. Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) enviará las comunicaciones sobre servicios sensibles a la dirección de correo postal, a la dirección de correo electrónico o al número de teléfono alternativos que el miembro indique, o en caso de que no indique un medio alternativo, lo hará a nombre del miembro a la dirección o al número de teléfono que figura en nuestros archivos. Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) no divulgará información médica relacionada con servicios sensibles a otro miembro sin la autorización escrita del miembro que recibe la atención. Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) cumplirá con los requisitos de comunicación confidencial de la manera y en el formato solicitados, si esto es posible, o de envío a ubicaciones alternativas. La solicitud del miembro de comunicación confidencial con relación a servicios sensibles estará vigente hasta que el miembro cancele la solicitud o presente una nueva.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea o modifique sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no le brindamos su PHI a ninguna persona que no le brinda atención ni paga los costos de esta. Si lo hacemos, debemos obtener su permiso por escrito primero. Usted, o alguien con autorización legal para tomar decisiones por usted, puede otorgarnos el permiso por escrito.

A veces, no necesitamos obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por ley:

- Debemos divulgar PHI a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
- Debemos divulgar PHI si un tribunal lo solicita.
- Debemos proporcionarle su PHI a Medicare. Si Medicare la divulga con fines de investigación o para otros usos, lo hará de conformidad con las leyes federales y estatales.

C2. Su derecho a consultar sus registros médicos

- Usted tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de estos.
- Usted tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos lo pide, trabajaremos con su proveedor de cuidado médico para decidir si los cambios deben realizarse.
- Usted tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otras personas y de qué manera lo hicimos.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios para Miembros.

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)

Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA

La fecha original de entrada en vigencia de este aviso fue el 14 de abril de 2003. Se revisó por última vez en junio de 2022.

Lea este aviso detenidamente. Aquí se le indica quién puede ver su información de salud protegida (PHI), cuándo tenemos que pedirle autorización para compartirla y cuándo podemos compartirla sin su consentimiento. También se explica cuáles son sus derechos para ver y cambiar dicha información.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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 sobre usted de agencias estatales para Medicaid y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid después de que es elegible y se inscribe en nuestro plan médico. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales para poder aprobar y pagar su atención de la salud.

La ley federal dice que debemos informarle cuáles son nuestras obligaciones legales para proteger la PHI que se nos brinda por escrito o almacenada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la protegemos. Para proteger la PHI:

- En papel (llamada física):
 - Mantenemos bajo llave nuestras oficinas y nuestros archivos
 - Destruimos los papeles con información de salud para que nadie pueda acceder a ella
- Almacenada en una computadora (llamada técnica):
 - Usamos contraseñas, de modo 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 normas para mantener la información segura (llamadas políticas y procedimientos)
 - Enseñamos a las personas que trabajan con nosotros a cumplir con las normas

¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?

Si usted nos autoriza, podemos compartir su PHI con su familia o con una persona que elija para que lo ayude con su atención de la salud o la pague. En algunas ocasiones, podemos usarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su atención médica**
 - Para ayudar a que los médicos, hospitales y otros proveedores le brinden la atención que necesita
- **Para pagos, operaciones médicas y tratamientos**
 - Para compartir información con los médicos, las clínicas y otros proveedores que nos facturen por su atención
 - Cuando decimos que pagaremos la atención de la salud o los servicios antes de que los reciba

Para encontrar formas de mejorar nuestros programas y para apoyarlo y ayudarlo a obtener los beneficios y servicios disponibles. Podemos obtener su PHI de fuentes públicas y entregar su PHI en intercambios de información de salud para pagos, tratamientos y operaciones médicas. Si no desea que hagamos esto, visite shop.anthem.com/medicare/ca para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- **Por razones comerciales de cuidado de salud**
 - Para colaborar con las auditorías, los programas de prevención de fraude y abuso, la planificación y el trabajo diario
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Por razones de salud pública**
 - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se lastimen
- **Con personas que ayuden con su atención o la paguen**
 - Si usted nos autoriza, con su familia o con una persona que elija para que lo ayude con su atención de la salud o la pague
 - Con una persona que ayude con su atención de la salud o la pague, en el caso de que usted no pueda expresarse por sí mismo y esta sea la mejor opción

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 los informes de psicoterapia que proporcionó el médico sobre usted.

Debe informarnos por escrito que quiere revocar su consentimiento. No podemos recuperar la información que usamos o divulgamos mientras teníamos su consentimiento, pero dejaremos de usar o compartir su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos usar su PHI, o en las que debemos hacerlo según la ley:

- 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 en situaciones como auditorías o revisiones
- Para informar a médicos forenses, médicos legistas o directores funerarios su nombre y la causa de muerte
- Para ayudar cuando usted haya 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 funciones en el gobierno a realizar determinadas tareas
- Para informar a la compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



¿Cuáles son sus derechos?

- Puede solicitarnos consultar su PHI y obtener una copia de dicha información. Tendremos 30 días para enviársela. En caso de que necesitemos más tiempo, debemos informárselo. De todas formas, no tenemos su registro médico completo. **Si quiere una copia de su registro médico completo, pídasela a su médico o clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos si piensa que algo es incorrecto o que falta información. Tendremos 60 días para enviárselo. En caso de que necesitemos más tiempo, debemos informárselo.
- A veces, puede pedirnos que no divulguemos su PHI. Pero no estamos obligados a aceptar su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a otra dirección que no sea la que tenemos registrada o de alguna otra forma. Podemos hacer esto si enviarla a la dirección que tenemos podría ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos de todas las veces que hemos compartido su PHI con otra persona en los últimos seis años. Esto no incluirá las veces que la hayamos compartido por motivos de atención de la salud, pagos, actividades diarias de cuidado de salud o algunas otras razones que no mencionamos aquí. Tendremos 60 días para enviárselo. En caso de que necesitemos más tiempo, debemos informárselo.
- Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque lo haga por correo electrónico.
- Si usted paga la factura completa de un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta la información acerca de ese servicio con nosotros.

¿Cuáles son nuestras obligaciones?

- 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 en relación con la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Debemos enviarle su PHI a otra dirección o por otro medio que no sea el 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 algo que no esté incluido aquí, obedeceremos dichas leyes.
- Tenemos que avisarle si creemos que se ha violado su PHI.

Cómo podemos comunicarnos con usted

Nosotros, así como nuestros afiliados y/o proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial.

Lo hacemos únicamente conforme a los lineamientos de la Ley de Protección al Consumidor

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Telefónico (TCPA). Las llamadas pueden ser para brindarle información sobre opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios de salud. Si no quiere que nos comuniquemos con usted 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 normas de privacidad o desea ejercer sus derechos, llame a Servicios para Miembros al **1-833-707-3129**. Si usted es sordo o tiene dificultades auditivas, llame a TTY: **711**.

¿Qué debe hacer si tiene una queja?

Estamos aquí para ayudarlo. Si considera que no se ha protegido su PHI, llame a Servicios para Miembros o comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No le sucederá nada malo por quejarse.

Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

90 Seventh St., Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

Teléfono: 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 del servicio de ayuda de Tecnología de la Información (ITSD)

1-916-440-7000 o 1-800-579-0874

Fax: 1-916-440-5537

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Nos reservamos el derecho a modificar este aviso sobre la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y la forma en que mantenemos segura su PHI. Si lo hacemos, le informaremos sobre los cambios en un boletín. También los publicaremos en el sitio web shop.anthem.com/medicare/ca/.

Raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género

Obtenemos información sobre su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género a través de la agencia estatal de Medicaid y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Protegemos esta información como se describe en este aviso.

Usamos esta información para lo siguiente:

- Garantizar que reciba la atención que necesita
- Crear programas para mejorar los resultados de salud
- Desarrollar y enviar información de educación sobre salud
- Informar a los médicos sobre sus necesidades en cuanto al idioma
- Proporcionar servicios de interpretación y traducción

No usamos esta información para lo siguiente:

- Emitir seguros médicos
- Decidir cuánto cobrar por los servicios
- Determinar los beneficios
- Compartirla con usuarios no autorizados

Su información personal

Como explicamos en este aviso, podemos pedir, utilizar y divulgar información personal (PI). Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Por lo general, se pide por razones del seguro.

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre lo siguiente:
 - Su salud
 - Sus hábitos
 - Sus pasatiempos
- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos, como estos:
 - Médicos
 - Hospitales
 - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra empresa sin su aprobación.
- En los casos en que debamos darle la oportunidad de negarse, se lo informaremos antes de hacerlo.
- Le indicaremos cómo informarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Tiene derecho a ver y a cambiar su PI.
- Nos aseguramos de proteger su PI.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca/.



Esta información se encuentra disponible de manera gratuita en otros idiomas. Póngase en contacto con Servicios para Miembros al **1-833-707-3129** (TTY **711**).

Revisado en junio de 2022.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Por ser miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le proporcionemos información sobre el plan, los proveedores de la red y los servicios cubiertos.

Si usted no habla inglés, tenemos servicios gratuitos de intérprete para contestar cualquier pregunta que tenga sobre nuestro plan. Para obtener servicios de un intérprete, llámenos al **1-833-707-3129** (TTY **711**). Este es un servicio gratuito para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir que le envíen esta información en español, chino, armenio, coreano, ruso, vietnamita, farsi, tagalo, khmer o árabe. También podemos brindarle información en letra grande, braille y CD de datos o audio.

Llame a Servicios para Miembros si desea información sobre lo siguiente:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, esto incluye:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - la cantidad de apelaciones realizadas por los miembros
 - como retirarse de nuestro plan
- Los proveedores y las farmacias de nuestra red, esto incluye:
 - cómo elegir o cambiar los *proveedores* de atención primaria
 - las calificaciones de los proveedores y las farmacias de la red
 - cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red
- Los servicios y medicamentos cubiertos y las normas que usted debe cumplir, incluido lo siguiente:
 - los servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** del *Manual del miembro*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** del *Manual del miembro*) cubiertos por nuestro plan

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- límites de la cobertura y medicamentos
- normas que debe cumplir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos
- Los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*), por ejemplo, solicitarnos:
 - que le expliquemos por escrito los motivos por los que algo no está cubierto
 - que cambiemos una decisión que tomamos
 - que paguemos una factura que usted recibió

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores en nuestra red no pueden cobrarle los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle o cobrarle un saldo si 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** del *Manual del miembro*.

F. Su derecho a retirarse de nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no quiere.

- Tiene derecho a recibir la mayoría de los servicios médicos a través de Medicare Original o de otro plan Medicare Advantage.
- Puede obtener sus beneficios para medicamentos recetados de Medicare Parte D con un plan de medicamentos recetados u otro plan Medicare Advantage.
- Consulte el **Capítulo 10** del *Manual del miembro*:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o de beneficios para medicamentos recetados.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá los beneficios de Medi-Cal si se retira de nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones acerca de su cuidado médico

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado médico para que pueda tomar decisiones sobre su cuidado de salud.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Los proveedores deben explicar su condición y sus opciones de tratamiento de manera que usted pueda entender. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre los diferentes tipos de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre los posibles riesgos. Debemos informarle por adelantado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidirse por un tratamiento.
- **Decir “no”.** 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. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no será expulsado de nuestro plan. No obstante, acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra.
- **Solicitar que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor denegó la atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor se negó a darle la atención que considera que debía recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que le fue denegado o que no solemos cubrir.** Esto se denomina decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su cuidado médico por sí solas. Antes de que esto suceda, usted puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario para **cederle a alguien el derecho de tomar decisiones de cuidado médico por usted.**
- **Brindar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo llevar adelante su cuidado médico si ya no puede tomar decisiones por usted mismo, incluida la atención que **no** quiere recibir.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



El documento legal que se utiliza 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 el poder legal para cuidado médico.

No es obligatorio tener una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si quiere utilizar una directiva anticipada:

- **Obtenga el formulario.** Puede solicitar el formulario a su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. En las farmacias y los consultorios de proveedores suele haber formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar uno.
- **Complete el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Debe considerar solicitarle a un abogado u otra persona en quien confíe, como un familiar o su PCP, que lo ayude a completarlo.
- **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 tomar decisiones por usted. Puede entregarle copias a sus familiares o amigos cercanos. Guarde una copia en su casa.
- 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 con usted.
 - Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Tiene derecho a:

- Incluir una directiva anticipada en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar la directiva anticipada en cualquier momento.
- Informarse sobre cambios en las leyes que rigen las directivas anticipadas. Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) le informará sobre cambios en la ley estatal dentro de los 90 días posteriores a que se realice un cambio.

Usted decide si quiere tener una directiva anticipada. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



G3. 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 una queja:

Queja 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)

Queja contra un hospital:

California Department of Public Health
Consumer Information System
Teléfono: 1-800-236-9747 (TTY: 711)

H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

En el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*, se indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre sus servicios o atención cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros del plan han presentado en contra nuestra. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros.

H1. Qué debe hacer si lo tratan de manera injusta o para obtener más información sobre sus derechos

Si considera que lo han tratado de manera injusta, y **no** se trata de un caso de discriminación por los motivos que figuran en el **Capítulo 11** del *Manual del miembro*, o si quiere obtener más información sobre sus derechos, puede contactarse con las siguientes entidades:

- Servicios para Miembros al **1-833-707-3129** (TTY: **711**).
- El Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222. Para más información sobre el HICAP, consulte el Capítulo 2.
- El Programa de Defensoría al 1-888-452-8609. Para obtener más información sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** del *Manual del miembro*.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar el documento “Derechos y protecciones de Medicare” en el sitio web de Medicare www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

I. 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 para Miembros.

- **Lea el *Manual del miembro*** para saber qué está cubierto por el plan y qué normas debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Conozca más detalles sobre lo siguiente:
 - Los servicios cubiertos: consulte los **Capítulos 3 y 4** del *Manual del miembro*. En esos capítulos, se indica lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que usted paga.
 - Los medicamentos cubiertos: consulte los **Capítulos 5 y 6** del *Manual del miembro*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos recetados** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando recibe cuidado de salud. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Dígalos a su médico y a otros proveedores de cuidado médico** que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del plan cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a que sus médicos** y otros proveedores de cuidado médico 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 toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Haga preguntas. 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, vuelva a preguntar.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- **Colabore con su coordinador de cuidado;** por ejemplo, complete una evaluación anual de riesgos para la salud.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y ante otros proveedores.
- **Infórmenos sobre cualquier servicio que reciba fuera de nuestro plan.**
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de realizar los siguientes pagos:
 - Las primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros del plan, Medi-Cal paga las primas de la Parte A y la Parte B.
- **Díganos si se muda.** Si piensa mudarse, comuníquenoslo de inmediato. Llame a Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera del área de servicio, no podrá permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en el área de servicio pueden ser miembros de este plan. En el **Capítulo 1** del *Manual del miembro*, se indica cuál es nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el período de inscripción especial, usted puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos recetados de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si contamos con algún plan en la nueva área.
 - Asegúrese de informarle a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Puede encontrar los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal en el **Capítulo 2** del *Manual del miembro*.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, también necesitamos saberlo.** Debemos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Infórmenos si tiene un nuevo número de teléfono** o si hay una mejor manera de contactarlo.
- Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo tiene información sobre sus derechos. Léalo para saber qué hacer en los siguientes casos:

- Tiene alguna queja o algún problema relacionados con su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan ha tomado sobre su cuidado.
- Piensa que sus servicios cubiertos van a terminar demasiado pronto.
- Tiene un problema o queja con los servicios y apoyo a largo plazo, incluidos los servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS) y los de un centro de enfermería (NF).

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para que sea más fácil encontrar lo que busca. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que correspondan a su situación.**

Usted debe recibir el cuidado de salud, los medicamentos y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su cuidado como parte de su plan de salud. **Si tiene algún problema con el cuidado, puede llamar al Programa de Defensoría al 1-888-452-8609** para obtener ayuda. En este capítulo, se explican las diversas opciones que tiene para diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa de Defensoría y solicitar ayuda con su problema. Si quiere conocer los recursos adicionales para abordar sus inquietudes y las maneras de contactarse con ellos, consulte el **Capítulo 2** del *Manual del miembro*.

Puede obtener ayuda del Departamento de Atención de la Salud Administrada de California

En este párrafo, el término “reclamo” significa una apelación o una queja sobre los servicios de Medi-Cal, su plan médico o uno de sus proveedores.

El Departamento de Atención de la Salud Administrada de California (DMHC) es responsable de regular los planes de servicios médicos. Si tiene un reclamo contra su plan médico, primero debe llamar por teléfono al plan médico, al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y utilizar el proceso de reclamos correspondiente antes de comunicarse con

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



el departamento. El uso del procedimiento de reclamos no le quita ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con un reclamo relacionado con una emergencia, un reclamo que no haya sido resuelto de manera satisfactoria por su plan médico o un reclamo que ha permanecido sin resolución por más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. Además, usted puede ser elegible para solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) de las decisiones tomadas por el plan médico relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, las decisiones de cobertura para los tratamientos que están en etapa experimental o de investigación, y las disputas sobre el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene una línea gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con discapacidad auditiva y del habla. El sitio web del departamento www.dmhca.gov ofrece formularios de queja, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.

Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	196
A1. Acerca de los términos legales	196
B. Dónde obtener ayuda	196
B1. Para obtener más información y ayuda	196
C. Cómo funcionan las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan	198
D. Problemas con sus beneficios.....	198
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	198
E1. Decisiones de cobertura	199
E2. Apelaciones	199
E3. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones.....	200
E4. ¿Qué sección de este capítulo le servirá de ayuda?	201
F. Atención médica	201
F1. Cómo usar esta sección.....	202
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	202

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	205
F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	208
F5. Problemas de pago	215
G. Medicamentos recetados de Medicare Parte D	217
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D	217
G2. Excepciones a la Parte D	219
G3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de una excepción	220
G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	220
G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	223
G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	225
H. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más larga	228
H1. Más información sobre sus derechos de Medicare	228
H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	229
H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	232
H4. Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1	233
H5. Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 2	234
I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos	235
I1. Preaviso antes de que finalice su cobertura	235
I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	235
I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	238
I4. Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1	239
I5. Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 2	240
J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	241
J1. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Medicare	241

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal..... 242

J3. Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D..... 243

K. Cómo presentar una queja 244

 K1. Qué tipos de problemas se contemplan como quejas 244

 K2. Quejas internas..... 246

 K3. Quejas externas..... 247

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca..



A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican las formas de resolver problemas e inquietudes. El procedimiento que use dependerá del tipo de problema que usted tenga. Siga un procedimiento para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también llamadas reclamos).

Para garantizar la equidad y agilidad, cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

A1. Acerca de los términos legales

En este capítulo, se usan términos legales para referirse a algunas normas y plazos. Varios de estos términos pueden ser difíciles de entender; por eso, usamos vocabulario sencillo en lugar de ciertos términos legales. Hemos reducido en lo posible el uso de abreviaciones.

Por ejemplo, usamos lo siguiente:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgos” o “determinación sobre la cobertura”
- “Decisión rápida sobre la cobertura” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con más claridad, por eso, también los incluimos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

Algunas veces es confuso iniciar o dar seguimiento al proceso para tratar un problema. En especial, puede ser confuso si no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, tal vez no tenga la información necesaria para seguir adelante.

Cómo obtener ayuda del Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico

También puede llamar al Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP). Los consejeros del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer para resolver su problema. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan médico. El HICAP tiene consejeros capacitados en todos los condados y sus servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Cómo obtener ayuda de Health Consumer Alliance

Puede llamar a Health Consumer Alliance y hacerle las preguntas que tenga sobre su cobertura médica a un defensor. Ofrecen ayuda legal sin costo. Health Consumer Alliance no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan médico. El número de teléfono es 1-888-804-3536 y el sitio web es www.healthconsumer.org.

Cómo obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Estas son dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Cómo obtener ayuda e información de Medi-Cal

Para obtener más información y ayuda de Medicaid, comuníquese con Medi-Cal. Estas son dos formas de obtener ayuda de Medi-Cal:

- Llame al 1-800-541-5555 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
- Visite el sitio web de Medi-Cal (www.medi-cal.ca.gov)

Cómo obtener ayuda del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California

El defensor del programa de Atención Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California (DHCS) puede ayudarlo si tiene problemas para inscribirse, cambiar de plan o retirarse de un plan médico. También puede ofrecerle ayuda si usted se muda y tiene problemas para transferir Medi-Cal a su condado nuevo. Puede llamar al defensor de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. al 1-888-452-8609.

Cómo obtener ayuda del Departamento de Atención de la Salud Administrada de California

Comuníquese con el Departamento de Atención de la Salud Administrada de California (DMHC) y obtenga ayuda gratuita. El DMHC se encarga de regular los planes médicos. También ayuda a las personas a presentar apelaciones por servicios de Medi-Cal o por problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas o con dificultades auditivas o del habla pueden usar la línea gratuita de TDD, 1-877-688-9891.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



C. Cómo funcionan las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo vale para **todos** sus beneficios de Medicare y Medi-Cal. Esto se suele denominar “proceso integrado”, porque combina o integra los procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces, los procedimientos de Medicare y Medi-Cal no se pueden integrar. En esos casos, deberá usar un proceso para los beneficios de Medicare y otro proceso para los beneficios de Medi-Cal. Estas situaciones se explican en la **Sección F4**.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que correspondan a su situación. El cuadro a continuación lo ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo en caso de tener problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o su cobertura?	
Esto incluye problemas para determinar si ciertos medicamentos recetados o cierta atención médica están cubiertos o no, de qué forma se cubren y problemas relacionados con el pago de los medicamentos recetados o de la atención médica.	
Sí. Mi problema se relaciona con los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección E , “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	No. Mi problema no se relaciona con los beneficios ni con la cobertura. Consulte la Sección K , “Cómo presentar una queja”.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El procedimiento para pedir una decisión de cobertura y presentar una apelación es para problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura. También incluye problemas con el pago.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura se refiere a las decisiones que tomamos sobre los beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto y cuánto pagamos. Por ejemplo, el médico de la red toma una decisión de cobertura favorable cuando le brinda atención médica o le da una remisión para ver a un especialista.

Usted o su médico pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no sepan con seguridad si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a prestar la atención médica que creen que usted necesita.

Si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.

En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no están cubiertos o que ya no tienen la cobertura de Medicare o Medi-Cal. Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está conforme, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Si apela una decisión por primera vez, se denomina “apelación de Nivel 1”. En esta instancia de apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente todas las normas. Los revisores a cargo de su apelación no serán los mismos que tomaron la decisión adversa original.

En la mayoría de los casos, debe comenzar a apelar en el Nivel 1. Si usted no quiere presentar primero una apelación al plan por un servicio de Medi-Cal, o bien su problema de salud es urgente o supone una amenaza inmediata y grave para su salud, o usted tiene un dolor intenso y necesita que la decisión sea inmediata, puede solicitar una Revisión Médica Independiente al Departamento de Atención de la Salud Administrada en www.dmhc.ca.gov. Para obtener más información, consulte a la página 197.

Cuando terminemos la revisión, le informaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante en este capítulo, puede solicitar una “decisión rápida sobre la cobertura” también llamada acelerada, o la apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Si **rechazamos** total o parcialmente su apelación de Nivel 1, puede pasar a una instancia de apelación de Nivel 2. Una Organización de Revisión Independiente que no está vinculada con nosotros se encarga de la apelación de Nivel 2.

- En ciertas situaciones, su caso se **enviará automáticamente** a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto ocurre, se lo informaremos.
- En los demás casos, usted **deberá solicitar** una apelación de Nivel 2.
- Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si no está conforme con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que tenga niveles de apelación adicionales.

E3. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones

Aquí le explicamos dónde puede solicitar ayuda:

- Llame a **Servicios para Miembros** a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- Llame al **Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP)** al 1-800-434-0222.
- Llame al **Centro de Ayuda del Departamento de Atención de la Salud Administrada (DMHC)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC se encarga de regular los planes médicos. También ayuda a las personas a presentar apelaciones por servicios de Medi-Cal o por problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas o con dificultades auditivas o del habla pueden usar la línea gratuita de TDD, 1-877-688-9891.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o apelación en su nombre.
- Pida a **un amigo o miembro de la familia**. Puede designar a otra persona como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- Hable con **un abogado**. Tiene derecho a un abogado, pero **no es obligación tener un abogado** para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su abogado o solicite que le recomienden uno en el colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos de servicios legales le brindarán asistencia legal gratuita si reúne los requisitos.
 - Llame a Health Consumer Alliance al 1-888-804-3536 y solicite asistencia legal.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Si quiere que un abogado u otra persona sea su representante, deberá completar el formulario de “Designación de representante”. El formulario le dará a la persona autorización para actuar por usted.

Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página y solicite un formulario de “Designación de representante”. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web shop.anthem.com/medicare/ca. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. ¿Qué sección de este capítulo le servirá de ayuda?

Existen cuatro tipos de situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Incluimos información detallada para cada caso en secciones separadas dentro del capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Atención médica”
- **Sección G**, “Medicamentos recetados de Medicare Parte D”
- **Sección H**, “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más larga”
- **Sección I**, “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos” (Esta sección se aplica solo a los siguientes servicios: servicios de cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF].)

Si no sabe qué sección debe consultar, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.

F. Atención médica

En esta sección se explica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si quiere que le devolvamos el dinero que pagó por su atención.

Este capítulo se refiere a los beneficios y servicios de atención médica que se describen en el **Capítulo 4** del *Manual del miembro*. En general, en este capítulo usamos expresiones como “cobertura de atención médica” o “cuidado médico”. El término “cuidado médico” incluye servicios y artículos médicos, además de medicamentos recetados de Medicare Parte B, que suelen ser los medicamentos que administran médicos o profesionales del cuidado de salud. Es posible que se apliquen otras normas para los medicamentos recetados de la Parte B. En esos casos, explicamos en qué se diferencian las normas para medicamentos recetados de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



F1. Cómo usar esta sección

En esta sección se indica lo que puede hacer en las siguientes situaciones:

1. Cree que cubrimos atención médica que usted necesita, pero no la está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que el médico u otro proveedor de cuidado médico quiere brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió atención médica que usted cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó atención médica que piensa que está cubierta y quiere que le devolvamos el dinero.

Qué puede hacer: Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o interrumpimos la cobertura de un determinado cuidado médico, y usted cree que nuestra decisión puede causar daño a su salud.

6. Hay demoras en su cuidado o no puede encontrar un médico.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para cuidado hospitalario, cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), se aplican normas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que tengan que ver con reducciones o interrupciones en la cobertura para determinada atención médica, esta sección (**Sección F**) le servirá de guía.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura tiene que ver con su atención médica, se denomina “**determinación integrada de la organización**”.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Usted, el médico o su representante pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Pueden hacerlo por estos medios:

- Por teléfono: 1-844-469-6831 (TTY: 711).
- Por fax: 1-877-664-1504
- Por escrito:
Anthem Blue Cross
Coverage Determinations
P.O. Box 60007
Los Angeles, CA 60060-0007

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, seguiremos los plazos “estándares”, a menos que hayamos acordado usar plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que recibirá nuestra respuesta de los siguientes modos:

- Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) decidirá las aprobaciones previas de rutina dentro de los 5 días hábiles a partir del momento en que Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) obtenga la información necesaria para tomar una decisión, pero esto no demorará más de 14 días calendario después de que este plan reciba la solicitud..
- Dentro de las 72 horas después de haber recibido su solicitud para medicamentos recetados de Medicare Parte B.

Para una solicitud **de un artículo o servicio médico podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o nosotros necesitamos información adicional que podría ayudarle a usted (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si necesitamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.**

Si cree que **no** debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas. El procedimiento para presentar un reclamo difiere del procedimiento para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Decisión rápida sobre la cobertura

El término legal para “decisión rápida sobre la cobertura” es “**determinación acelerada**”.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Cuando nos pida una decisión de cobertura relacionada con su atención médica, y su salud requiera una respuesta rápida, solicítenos una “decisión rápida sobre la cobertura”. Con una decisión rápida sobre la cobertura, usted recibirá nuestra respuesta en los siguientes plazos:

- Dentro de las 72 horas después de haber recibido su solicitud para artículos o servicios médicos.
- Dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud para medicamentos recetados de Medicare Parte B.

Para una solicitud **de un artículo o servicio médico podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si vemos que falta información que podría ayudarlo a usted (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o usted necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si necesitamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.**

Si cree que **no** debemos demorar más días para tomar una decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**. Nos comunicaremos con usted apenas tomemos la decisión.

Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, se deben cumplir dos requisitos:

- Usted solicita cobertura de atención médica que **no ha recibido**. No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura para el pago de atención médica que ya recibió.
- Se **puede perjudicar gravemente su salud** o sus capacidades funcionales si seguimos los plazos estándares.

Le daremos automáticamente una decisión rápida sobre la cobertura si el médico nos dice que su estado de salud lo requiere. Si la pide sin una justificación del médico, nosotros determinaremos si le damos una decisión rápida sobre la cobertura.

Si decidimos que su estado de salud no cumple con los requisitos para tomar una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta para informárselo y seguiremos los plazos estándares. En la carta, se explica lo siguiente:

- Si el médico pide una decisión rápida sobre la cobertura, se la daremos de forma automática.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



- La manera en que puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra determinación de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Si rechazamos total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta explicando los motivos.

- Si la **rechazamos**, usted tiene derecho a presentar 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 decide presentar una apelación, estará en el Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En algunas circunstancias limitadas, es posible que desestimemos la solicitud de decisión de cobertura. Es decir, no revisaremos su solicitud. Estos son algunos ejemplos por los que se desestiman solicitudes:

- La solicitud está incompleta,
- Alguien presenta una solicitud en su nombre, pero no tiene autorización legal para hacerlo, o
- Usted pide retirar la solicitud.

Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, le enviaremos una notificación donde se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se analizan en la próxima sección.

F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, el médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al **1-833-707-3129**.

Para solicitar una apelación estándar o una apelación rápida, puede escribirnos o llamar al **1-833-707-3129**.

- Si su médico u otro profesional que receta solicita que usted continúe recibiendo durante la apelación un servicio o artículo que ya recibe, es posible que deba nombrar a esta persona como su representante para que actúe en su nombre.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, adjunte el formulario de “Designación de representante” para autorizar a esta persona a actuar en su nombre. Puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web shop.anthem.com/medicare/ca.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos iniciar o completar nuestra revisión hasta que no lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de que nos haya llegado su solicitud de apelación, haremos lo siguiente:
 - Desestimaremos su solicitud y
 - Le enviaremos una notificación escrita explicando su derecho a solicitar que la Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

Debe solicitar una apelación **dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para notificarle nuestra decisión.

Si no cumple con el plazo por motivos justificados, podemos otorgarle más tiempo para que presente su apelación. Algunos motivos justificados son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o la información que le dimos sobre el plazo era incorrecta. Deberá explicar la razón por la cual su apelación no ingresa dentro del plazo cuando la presente.

Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Además, usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de un cuidado que no recibió, usted y/o su médico deberán decidir si es necesaria una apelación rápida.
- El proceso de apelaciones rápidas es el mismo que el de decisiones rápidas sobre la cobertura. Si desea solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura en la **Sección F2**.
- Si su médico nos dice que su estado de salud requiere una apelación rápida, se la daremos.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Si le informamos que interrumpiremos o reduciremos servicios o artículos que usted ya recibe, es posible que pueda seguir recibéndolos durante la apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe, le enviaremos un aviso antes de proceder con la medida.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si usted solicita una apelación de Nivel 1 **dentro de los 10 días calendario** a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigencia de la medida, lo que sea posterior.
 - Si cumple con este plazo, podrá recibir el servicio o artículo sin cambios mientras la apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no estén relacionados con la apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, no seguirá recibiendo el servicio o medicamento mientras espera que resuelvan su apelación.

Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos la apelación, examinamos detalladamente toda la información acerca de la solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para solicitar más información.

Hay plazos para una apelación rápida

- Cuando seguimos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.

Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. La examinará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en este capítulo, hablaremos de esta organización y le explicaremos el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos total o parcialmente su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura acordada dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos total o parcialmente su solicitud**, enviaremos la apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Estos son los plazos de una apelación estándar.

- Si seguimos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de haber recibido su apelación sobre la cobertura de servicios que usted no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B que no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los siete días calendario** después de haber recibido su apelación o antes si su estado de salud lo requiere.

Si no le damos una respuesta dentro del plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. La examinará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en este capítulo, hablaremos de esta organización y le explicaremos el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Si aceptamos total o parcialmente su solicitud, debemos autorizar o brindar la cobertura acordada dentro de los 30 días calendario o **de los siete días calendario** después de haber recibido su apelación cuando se solicita un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si rechazamos total o parcialmente su solicitud, **usted tiene otros derechos de apelación:**

Si **rechazamos** total o parcialmente su pedido, le enviaremos una carta.

- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta le informaremos que enviamos su caso a la Organización 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 informa cómo presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta.

F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** total o parcialmente su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En la carta se le informa si Medicare, Medi-Cal o ambos programas por lo general cubren el servicio o artículo.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **Medicare** generalmente cubre, automáticamente enviaremos su caso a una apelación de Nivel 2 del proceso de apelaciones en cuanto se complete la de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **Medi-Cal** generalmente cubre, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. En la carta se le explica cómo hacerlo. Además, encontrará información adicional más adelante en este capítulo. No presentamos una apelación de Nivel 2 automáticamente para servicios o artículos de Medi-Cal.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar cubierto **tanto por Medicare como por Medi-Cal**, recibirá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial estatal.

Si calificó para la continuación de beneficios cuando presentó la apelación de Nivel 1, es posible que, durante la apelación de Nivel 2, pueda mantener los beneficios para el servicio, artículo o medicamento por los que apeló. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo mantener los beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema tiene relación con un servicio generalmente cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente.
- Si su problema tiene relación con un servicio generalmente cubierto solo por Medi-Cal, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de que haya recibido nuestra carta con la decisión.

Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre

La Organización de Revisión Independiente examina la apelación. Se trata de una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”, a veces conocida como “**IRE**”.

- Esta organización no tiene ninguna relación con nosotros y tampoco es una agencia gubernamental. Medicare elige una compañía como Organización de Revisión Independiente y supervisa su desempeño.
- Enviamos la información sobre su apelación (el “expediente del caso”) a esta organización. Tiene derecho a obtener una copia gratuita del expediente del caso.
- Tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinan detenidamente toda la información vinculada con su apelación.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida con nosotros en el Nivel 1, automáticamente obtiene una apelación rápida en el Nivel 2. La Organización de Revisión Independiente debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de haberla recibido.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación estándar con nosotros en el Nivel 1, automáticamente obtiene una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la Organización de Revisión Independiente debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** después de haberla recibido.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, la Organización de Revisión Independiente debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de los siete días calendario** después de haberla recibido.

La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta por escrito y le explica los motivos.

- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta total o parcialmente su solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos cumplir rápidamente la decisión:
 - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas** o
 - Brindar el servicio dentro de los **14 días calendario** después de haber recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente, en el caso de **solicitudes estándares** o
 - Brindar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente, en el caso de **solicitudes aceleradas**.
- Si la Organización de Revisión Independiente **acepta** total o parcialmente su solicitud de un medicamento recetado de Medicare Parte B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en disputa según estos plazos:
 - **Dentro de las 72 horas** después de haber recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente, en el caso de **solicitudes estándares**, o bien
 - **Dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente, en el caso de **solicitudes aceleradas**.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



- Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** total o parcialmente su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o una parte de la solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se conoce como “confirmación de la decisión” o “rechazo de la apelación”.

Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si quiere avanzar en el proceso de apelaciones.

Hay tres niveles más en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, un total de cinco niveles.

Si se rechaza su apelación de Nivel 2, y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. En la notificación escrita que recibirá después de la apelación de Nivel 2, se brinda información detallada sobre cómo hacerlo.

Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.

Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre

Hay dos formas de presentar una apelación de Nivel 2 para servicios y artículos de Medi-Cal: (1) Presentar una queja o Revisión Médica Independiente o (2) una Audiencia Estatal.

(1) Revisión Médica Independiente

Puede presentar una queja o pedir una Revisión Médica Independiente (IMR) al Centro de Ayuda del Departamento de Atención de la Salud Administrada de California (DMHC).

Si presenta una queja, el DMHC revisará nuestra decisión y tomará una determinación. La IMR está disponible para cualquier servicio o artículo médico cubierto por Medi-Cal. Una IMR es una revisión de su caso realizada por médicos que no forman parte de nuestro plan ni del DMHC. Si la determinación de la IMR resulta a su favor, debemos brindarle el servicio o artículo que solicitó. La IMR es sin costo.

Puede presentar una queja o solicitar una IMR en estos casos:

- Nuestro plan rechaza, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque determina que no es médicamente necesario.
- Nuestro plan no cubrirá un tratamiento de Medi-Cal experimental o de investigación para una condición médica grave.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



- Nuestro plan no pagará servicios de emergencia o urgencia de Medi-Cal que usted ya recibió.
- Nuestro plan no ha resuelto su apelación de Nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal dentro de los 30 días calendario, si se trata de una apelación estándar, o de las 72 horas si se trata de una apelación rápida.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación en su nombre, pero no recibimos el formulario de “Designación de Representante”, usted deberá volver a presentarnos la apelación antes de que pueda solicitar una IMR de Nivel 2 ante el Departamento de Atención de la Salud Administrada.

Tiene derecho a una IMR y a una audiencia estatal, pero no si ya tuvo una audiencia estatal sobre el mismo asunto.

En la mayoría de los casos, usted debe presentar una apelación al plan antes de solicitar una IMR. Consulte la página 205 para obtener información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el DMHC o pedir una IMR al Centro de Ayuda del DMHC.

Si se rechazó su tratamiento porque era experimental o de investigación, no necesita usar primero nuestro proceso de apelaciones antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o supone una amenaza inmediata y grave para su salud, o usted tiene un dolor intenso, puede informar al DMHC de inmediato sin tener que pasar primero por nuestro proceso de apelaciones.

La IMR debe **solicitarse dentro de los seis meses** posteriores a la fecha en la que le enviamos una decisión por escrito sobre la apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después del plazo de seis meses por motivos válidos, por ejemplo, si usted tuvo una condición médica que le impidió solicitar la IMR en ese plazo o si no le notificamos de manera adecuada sobre el proceso de IMR.

Para solicitar una IMR haga lo siguiente:

- Complete el Formulario de queja/solicitud de revisión médica independiente que se encuentra disponible en www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx o llame al Centro de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca..



- Adjunte copias de cartas o de otros documentos sobre el servicio o artículo que denegamos si las tiene. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de los documentos, no los originales. El Centro de Ayuda no puede devolver ningún documento.
- Complete el Formulario de asistente autorizado si alguien lo ayudará con la IMR. Puede obtener el formulario en www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llamar al Centro de Ayuda del departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe por correo o fax los formularios y cualquier archivo adjunto a la siguiente dirección:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

Si reúne los requisitos para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de los siete días calendario para informarle que califica para obtener una IMR. Después de que reciban la solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión sobre la IMR se tomará dentro de los 30 días calendario. Debería recibir la decisión sobre la IMR dentro de los 45 días calendario posteriores al envío de la solicitud completa.

Si su caso es urgente, y usted reúne los requisitos para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de los dos días calendario para informarle que califica para obtener una IMR. Después de que reciban la solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión sobre la IMR se tomará dentro de los tres días calendario. Debería recibir la decisión sobre la IMR dentro de los siete días calendario posteriores al envío de la solicitud completa. Si no está conforme con el resultado de la IMR, aún puede pedir una audiencia estatal.

La IMR puede demorar más si usted o el médico tratante no envían al DMHC todos los registros médicos necesarios. Si recibe tratamiento de un médico que no es de la red del plan médico, es importante que obtenga esos registros médicos y nos los envíe. Su plan médico tiene la obligación de obtener copias de los registros médicos que tienen los médicos dentro de la red.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Si el DMHC decide que su caso no es elegible para una IMR, el DMHC revisará su caso con el proceso de quejas del cliente habitual. Su queja debería estar resuelta dentro de los 30 días calendario posteriores al envío de la solicitud completa. Si su queja es urgente, se resolverá antes de ese plazo.

(2) Audiencia estatal

Usted puede pedir una audiencia estatal para servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio o artículo que no aprobaremos, o no continuaremos pagando un servicio o artículo que usted ya tiene y rechazamos su apelación de Nivel 1, tiene derecho a pedir una Audiencia Estatal.

En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una audiencia estatal** después de que le envíen el aviso "Sus derechos de audiencia".

NOTA: Si solicita una audiencia estatal porque le comunicamos que un servicio que recibe actualmente se modificará o interrumpirá, **tiene menos días para enviar una solicitud** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras su audiencia estatal esté pendiente. Lea la sección "¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelación de Nivel 2?" en la página <208> para obtener más información.

Hay dos formas de solicitar una audiencia estatal:

1. Puede completar la "Solicitud de audiencia estatal" en el dorso del aviso de acción. Debe proporcionar toda la información solicitada, como su nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del plan o el condado que tomó la medida contra usted, los programas de ayuda que correspondan e información detallada de los motivos por los que quiere una audiencia. Luego, puede presentarla a estas instituciones:
 - El Departamento de Bienestar del condado correspondiente, a la dirección que se indica en el aviso.
 - El Departamento de Servicios Sociales de California a la siguiente dirección:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
 - La División de Audiencias Estatales al número de fax 916-651-5210 o 916-651-2789.
2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349. Si decide pedir una audiencia estatal por teléfono, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Hay dos formas de presentar una apelación de Nivel 2 para servicios y artículos de Medi-Cal: (1) Presentar una queja o Revisión Médica Independiente o (2) una Audiencia Estatal.

La Oficina de Audiencias Imparciales le informará la decisión que tomen por escrito y explicará los motivos.

- Si la Oficina de Audiencias Imparciales **acepta** total o parcialmente su solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o brindar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su decisión.
- Si la Oficina de Audiencias Imparciales **rechaza** total o parcialmente su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o una parte de la solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se conoce como “confirmación de la decisión” o “rechazo de la apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente o la Oficina de Audiencias Imparciales **rechazan** total o parcialmente su solicitud, usted tiene otros derechos de apelación.

Si su apelación de Nivel 2 fue a la **Organización de Revisión Independiente**, puede apelar de nuevo, solo si el valor en dólares del servicio o artículo alcanza un monto mínimo determinado. Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. **En la carta que le envía la Organización de Revisión Independiente se explican otros derechos de apelación que usted pueda tener.**

En la carta que le envía la Oficina de Audiencias Imparciales se describe esta siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de la red le facturen los servicios y artículos cubiertos. Esto es así 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.**

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **Usted no debe pagarla.** Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las normas para recibir los servicios o artículos.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** del *Manual del miembro*. Allí se describen situaciones en las que puede tener que pedirnos que le devolvamos el dinero o paguemos una factura que recibió de un proveedor. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos el pago.

Si pide que le devuelvan el dinero, se trata de una decisión de cobertura. Averiguaremos si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto, y si usted siguió todas las normas para utilizar la cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto, y usted siguió todas las normas, le enviaremos a usted (o a su proveedor) el pago del servicio o artículo dentro de los 60 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si aún no ha pagado 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 normas, le enviaremos una carta que le indica que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos la razón.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la **Sección F3**. Tenga en cuenta lo siguiente cuando siga las instrucciones:

- Si presenta una apelación para que le devolvamos el dinero, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario después de haber recibido su apelación.
- Si nos solicita que le devolvamos el dinero de atención médica que usted pagó y ya recibió, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y **Medicare** por lo general cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente. En tal caso, se lo informaremos por carta.

- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión y afirma que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si **aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de cuidado médico dentro de los 60 días calendario.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



- Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se conoce como “confirmación de la decisión” o “rechazo de la apelación”. Recibirá una carta donde se explican otros derechos de apelación que usted puede tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación adicionales.

Si **rechazamos** su apelación y **Medi-Cal** por lo general cubre el servicio o artículo, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. No presentamos una apelación de Nivel 2 automáticamente en su nombre. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos recetados de Medicare Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. La mayoría son medicamentos de Medicare Parte D. Hay algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que pueden estar cubiertos por Medi-Cal. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.** Usaremos el término “medicamento” en vez de “medicamento de la Parte D” en el resto de esta sección.

Para que el medicamento esté cubierto, se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Es decir, el medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o contar con el respaldo de ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual del miembro* para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Estos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede solicitar en relación con los medicamentos de la Parte D:

- Puede solicitarnos que hagamos una excepción, como por ejemplo:
 - Que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos o
 - Que eliminemos una restricción a la cobertura de un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir)
- Puede preguntarnos si un medicamento está cubierto en su caso (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero debemos aprobarlo antes de que podamos cubrirlo)

NOTA: Si en la farmacia le dicen que su receta no puede abastecerse tal como está indicada, recibirá una notificación escrita de la farmacia donde le explicarán cómo contactarse para solicitarnos una decisión de cobertura.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Una decisión de cobertura inicial de los medicamentos de la Parte D se denomina **“determinación sobre la cobertura”**.

- Puede pedirnos que paguemos un medicamento que ya compró. Es decir, solicitar una decisión de cobertura relacionada con el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use el cuadro a continuación para guiarse.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que eliminemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que cumple con las normas o restricciones (por ejemplo, obtener aprobación por adelantado) para recibir el medicamento que necesita.	Desea pedirnos que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya recibió y pagó.	Ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos el medicamento de la forma en que usted desea.
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura.)	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.	Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura.)	Puede presentar una apelación. (Es decir, solicitar que reconsideremos la decisión.)
Comience con la Sección G2 , luego consulte las Secciones G3 y G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G5 .

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



G2. Excepciones a la Parte D

Si no cubrimos un medicamento de la forma en que le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico u otro profesional que receta tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o pedir que se elimine una restricción a un medicamento se conoce como “**excepción al formulario**”.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que pueden solicitarlos usted, su médico u otro profesional que receta:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos

- Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, tendrá que pagar \$0.
- No puede obtener una excepción para el monto de copago requerido para el medicamento.

2. Eliminar una restricción a un medicamento cubierto

- Se aplican normas o restricciones a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** del *Manual del miembro*).
- Entre las normas y restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos se incluyen las siguientes:
 - Que deba usar un medicamento genérico en lugar del medicamento de marca.
 - Que deba obtener nuestra aprobación antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto a veces se llama “autorización previa”.
 - Que deba probar un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. Esto a veces se llama “terapia escalonada”.
 - Límites de cantidad. Hay restricciones a la cantidad de algunos medicamentos que puede obtener.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



G3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de una excepción

Su médico u otro profesional que receta deben explicarnos las razones médicas.

El médico u otro profesional que receta deben enviarnos una declaración donde se expliquen las razones médicas por las que solicitan una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta cuando solicita la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición específica. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo sería tan efectivo como el medicamento que solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general **no** aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción a nivel de cobertura, en general **no** aprobaremos la solicitud de excepción, a menos que los medicamentos alternativos en los niveles de costos compartidos más bajos no funcionen igual de bien en su caso o le puedan provocar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud.

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, la excepción normalmente dura hasta el final del año calendario. Esto registrará siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y que el medicamento siga siendo seguro y efectivo para el tratamiento de su condición.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **rechazamos** una solicitud.

En la sección siguiente, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Pida el tipo de decisión de cobertura que desea que tomemos por teléfono al 1-833-293-0661, por fax o por escrito. Puede hacerlo usted, su representante, el médico (u otro profesional que receta). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted, el médico (u otro profesional que receta) o alguien que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede hacerlo un abogado en su lugar.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar a otra persona como su representante.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



- No necesita autorizar por escrito a su médico u otro profesional que receta para que nos solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea pedirnos que le devolvamos el dinero de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** del *Manual del miembro*.
- Si solicita una excepción, debe presentarnos una “declaración justificadora”. La declaración justificadora incluye las razones médicas por las que el médico u otro profesional que receta presentan una solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración justificadora por fax o por correo. También pueden notificarnos por teléfono y luego enviar por fax o por correo la declaración.

Si su estado de salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”.

Seguimos los “plazos estándares”, a menos que hayamos acordado usar “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.

Una “decisión rápida sobre la cobertura” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Usted puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura en estos casos:

- La decisión se relaciona con un medicamento que no recibió. No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura si nos solicita que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya compró.
- Se puede perjudicar gravemente su salud o sus capacidades funcionales si seguimos los plazos estándares.

Si su médico u otro profesional que receta nos informa que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, estaremos de acuerdo y se la daremos. Se lo informaremos por carta.

- Si pide una decisión rápida sobre la cobertura, sin la justificación del médico o el profesional que receta, nosotros decidiremos si le otorgamos una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si decidimos que su condición médica no cumple los requerimientos para una decisión rápida sobre la cobertura, seguiremos los plazos estándares.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Se lo informaremos por carta. La carta también le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.

Puede presentar una queja rápida y recibir una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Si seguimos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si pide una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración justificadora del médico. 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 apelaciones para que la revise una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- Si **aceptamos** total o parcialmente su solicitud, le daremos la cobertura dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración justificadora del médico.
- Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le dirá cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar de un medicamento que aún no obtuvo

- Si seguimos los plazos estándares, debemos darle una respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si pide una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración justificadora del médico. 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 apelaciones para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si **aceptamos** total o parcialmente su solicitud, le daremos la cobertura dentro de las 72 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración justificadora del médico para una excepción.
- Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le dirá cómo presentar una apelación.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si **aceptamos** total o parcialmente su solicitud, le devolveremos el dinero dentro de los 14 días calendario.
- Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le dirá cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama “**redeterminación**”.

- Para iniciar una **apelación rápida** o **estándar**, puede llamarnos al **1-833-707-3129**, escribirnos o enviarnos un fax. Puede hacerlo usted, su representante, el médico (u otro profesional que receta). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para notificarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo por motivos justificados, podemos otorgarle más tiempo para que presente su apelación. Algunos motivos justificados son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o la información que le dimos sobre el plazo era incorrecta. Deberá explicar la razón por la cual su apelación no ingresa dentro del plazo cuando la presente.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Además, usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted, su médico u otro profesional que receta deberán decidir si es necesaria una apelación rápida.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Evaluamos su apelación y examinamos detalladamente toda la información sobre la solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Es probable que nos comuniquemos con usted, su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si seguimos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.

Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En esa instancia, la examina una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

- Si **aceptamos** total o parcialmente su solicitud, debemos brindar la cobertura acordada dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.
- Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta explicando los motivos y las maneras en las que puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si seguimos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **dentro de los siete días calendario** después de haber recibido la apelación sobre un medicamento que usted no obtuvo.
- Le daremos una respuesta antes de ese lapso si no obtuvo el medicamento y su condición médica así lo requiere. Si considera que su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Si no le damos una respuesta dentro de los siete días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En esa instancia, la examina una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si **aceptamos** total o parcialmente su solicitud, debemos hacer lo siguiente:

- **Brindar la cobertura** acordada tan pronto como lo requiera su salud, siempre **dentro de los siete días calendario** después de haber recibido su apelación.
- **Enviarle el pago** del medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** después de haber recibido su apelación.

Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud, haremos lo siguiente:

- Le enviaremos una carta explicando los motivos y las maneras en las que puede presentar una apelación.
- Debemos darle una respuesta sobre la devolución del dinero para el medicamento que compró **dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su apelación.

Si no le damos una respuesta dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En esa instancia, la examina una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

- Si **aceptamos** total o parcialmente su solicitud, debemos pagarle dentro de los 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta explicando los motivos y las maneras en las que puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, usted puede aceptar esta decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, deberá usar el Nivel 2 del proceso de apelaciones. La **Organización de Revisión Independiente** examinará nuestra decisión si **rechazamos** su primera apelación. Esta organización es la que determina si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”, a veces conocida como “**IRE**”.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante, el médico u otro profesional que receta debe comunicarse **por escrito** con la Organización de Revisión Independiente y pedir que revisen su caso.

- Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta con las **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Las instrucciones le indicarán cómo presentar la apelación de Nivel 2, cuáles son los plazos que debe respetar y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviamos la información que tenemos de su apelación a la organización. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Tiene derecho a obtener una copia gratuita del expediente del caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

La Organización de Revisión Independiente examinará su apelación de Nivel 2 sobre la Parte D y le dará una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

Si su salud lo requiere, pida a la Organización de Revisión Independiente una apelación rápida.

- Si la organización acepta una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- Si **aceptan** total o parcialmente su solicitud, debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 24 horas** después de haber recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 2

Si presenta una apelación estándar de Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta en los siguientes plazos:

- **Dentro de los siete días calendario** después de haber recibido la apelación sobre un medicamento que usted no obtuvo.
- **Dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su apelación sobre el repago de un medicamento que usted compró.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Si la Organización de Revisión Independiente **acepta** total o parcialmente su solicitud, debemos hacer lo siguiente:

- Brindar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 72 horas** después de haber recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Devolverle el dinero del medicamento que compró dentro de los 30 días calendario después de haber recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación, eso implica que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se conoce como “confirmación de la decisión” o “rechazo de la apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación de Nivel 2, tiene derecho a presentar una apelación de Nivel 3 cuando el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que usted solicita alcanza un monto mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es inferior al mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la apelación de Nivel 2 es definitiva. La Organización de Revisión Independiente le enviará una carta con el valor en dólares mínimo necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de la solicitud cumple con el requisito, usted elige si quiere avanzar en el proceso de apelaciones.

- Hay tres niveles más en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación de Nivel 2, y usted cumple con los requisitos para avanzar en el proceso de apelaciones, puede hacer lo siguiente:
 - Decidir si quiere presentar una apelación de Nivel 3.
 - Consultar la carta que le envió la Organización de Revisión Independiente después de la apelación de Nivel 2 para saber cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



H. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más larga

En caso de admisión en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de hospital de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** del *Manual del miembro*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital lo ayudarán a 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 médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta.

Si cree que le están dando de alta demasiado pronto o tiene inquietudes sobre su cuidado después de que se vaya del hospital, puede solicitar una hospitalización más prolongada. En esta sección se explica cómo pedirla.

H1. Más información sobre sus derechos de Medicare

Transcurridos dos días desde de su admisión en el hospital, alguien del personal del hospital, como un enfermero o trabajador de casos, le entregará una notificación escrita llamada **“Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”**. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que son admitidas en un hospital.

Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página. 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.

- **Lea el aviso** atentamente y pregunte si hay algo que no entiende. En el aviso se explican sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a lo siguiente:
 - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene 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 hospitalario.
 - Apelar si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



- **Firme el aviso** para confirmar que lo recibió y que entiende sus derechos.
 - Puede firmarlo usted u otra persona en su lugar.
 - Lo **único** que indica su firma es que usted recibió el aviso con la información sobre sus derechos. La firma **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le puedan haber comunicado.
- **Guarde la copia** del aviso firmado para tener la información en caso de necesitarla.

Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha en que deja el hospital, recibirá otra copia antes de que le den de alta.

Para ver una copia de este aviso con anticipación, haga lo siguiente:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si quiere que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por más tiempo, presente una apelación. La Organización para la Mejora de la Calidad revisará la apelación de Nivel 1 para saber si la fecha planificada para el alta es apropiada para usted según el criterio médico.

La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de salud a los que les paga el Gobierno federal. Estos expertos controlan y ayudan a mejorar la calidad para las personas que reciben Medicare. Ellos no son parte de nuestro plan.

En California, la Organización para la Mejora de la Calidad es la Organización para el mejoramiento de la calidad de la atención centrada en el beneficiario y la familia Livanta (BFCC-QIO). Puede llamarlos al 1-877-588-1123 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-887-6668. La información de contacto también figura en el aviso “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad antes de dejar el hospital y de la fecha planificada para el alta.

- **Si llama antes de irse**, podrá permanecer en el hospital después de la fecha planificada para el alta sin que deba pagar por ello, mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación.
- **Si no llama para presentar una apelación** y decide quedarse en el hospital después de la fecha planificada para el alta, es posible que deba pagar todos los costos correspondientes al cuidado hospitalario que reciba después de la fecha planificada para el alta.
- **Si no cumple con el plazo** para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Consulte la **Sección G4** para obtener información sobre cómo presentarnos una apelación.
- Dado que las hospitalizaciones están cubiertas tanto por Medicare como por Medi-Cal, si la Organización para la Mejora de la Calidad no considera su solicitud de continuar la hospitalización, o usted cree que su situación es urgente, supone una amenaza inmediata y grave para su salud o tiene un dolor intenso, también puede presentar una queja ante el Departamento de Atención de la Salud Administrada de California (DMHC) para obtener una Revisión Médica Independiente. Consulte la Sección F4, página 208, para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

Solicite ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, haga lo siguiente:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- Llame al Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222.

Solicite una revisión rápida. Debe comunicarse sin demora con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para una “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar recibiendo cobertura después de la fecha planificada para el alta. No es obligatorio que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores también evaluarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nuestro plan les proporcione.
- Al mediodía del día siguiente a la fecha en que los revisores informen a nuestro plan de su apelación, recibirá otro aviso donde se explica por qué el médico, el hospital y nosotros creemos que la fecha de alta es apropiada para usted según el criterio médico.

El término legal para esta explicación escrita se conoce como “**Aviso detallado del alta**”. Si quiere obtener un aviso de ejemplo, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un aviso de ejemplo en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Un día después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

Si la Organización para la Mejora de la Calidad **acepta** su apelación:

- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la Organización para la Mejora de la Calidad **rechaza** su apelación:

- Significa que cree que la fecha planificada para el alta es apropiada según el criterio médico.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados terminará al mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total del cuidado hospitalario que reciba después del mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



- Puede presentar una apelación de Nivel 2 si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 1, **y** usted permanece en el hospital después de su fecha planificada para el alta.

H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

En el caso de una apelación de Nivel 2, debe solicitar a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise la decisión que tomó en el Nivel 1. Puede llamarlos al 1-877-588-1123.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 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 permanece en el hospital después de la fecha de finalización de la cobertura del cuidado.

Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán lo siguiente:

- Examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán la decisión que tomen sobre la apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su solicitud de una segunda revisión.

Si la organización de control de la calidad **acepta** su apelación:

- Debemos devolverle el dinero de nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que haya recibido a partir del mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1.
- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la organización de control de la calidad **rechaza** su apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión de la apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le enviarán una carta explicando lo que puede hacer si quiere avanzar en el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.
- También puede presentar una queja ante el DMHC o solicitarles una revisión médica independiente para continuar su hospitalización. Consulte la Sección E4, página 201, para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.

H4. Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

El plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y presentar una apelación de Nivel 1 es de 60 días o hasta su fecha de alta hospitalaria. Si no la presenta dentro del plazo para apelaciones de Nivel 1, puede seguir el proceso para una “apelación alternativa”.

Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página y pida una “revisión rápida” de su fecha de alta hospitalaria.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

- Examinaremos toda la información acerca de la hospitalización.
- Revisaremos si la primera decisión fue justa y cumplió con las normas.
- Seguiremos los plazos rápidos en vez de los plazos estándares y le comunicaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que haya solicitado una revisión rápida.

Si **aceptamos** su apelación rápida:

- Significa que estamos de acuerdo con que necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta.
- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Le devolveremos la parte que nos corresponde de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Si **rechazamos** su apelación rápida:

- Significa que estamos de acuerdo en que la fecha planificada para el alta era apropiada según el criterio médico.
- Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza en la fecha que le dijimos.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



- No pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Es posible que deba pagar el costo total del cuidado hospitalario que recibió después de la fecha planificada para el alta si permanece en el hospital.
- Enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas. En esas circunstancias, su caso pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

H5. Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 2

Enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas después de haber **rechazado** su apelación de Nivel 1. Este procedimiento es automático. No es necesario que usted haga nada.

Si considera que no respetamos este plazo o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener información sobre cómo presentar una queja.

La Organización de Revisión Independiente analiza su apelación de manera rápida. Examina cuidadosamente toda la información sobre su alta hospitalaria y generalmente le da una respuesta dentro de las 72 horas.

Si la Organización de Revisión Independiente **acepta** su apelación:

- Le devolveremos la parte que nos corresponde de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación:

- Significa que está de acuerdo en que la fecha de alta hospitalaria era apropiada según el criterio médico.
- Le enviarán una carta explicando lo que puede hacer si quiere avanzar en el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



También puede presentar una queja ante el DMHC y solicitar una revisión médica independiente para continuar su hospitalización. Consulte la Sección F4, página 208, para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC. Puede solicitar una Revisión Médica Independiente junto con una apelación de Nivel 3 o en lugar de esta.

I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos

Esta sección se refiere únicamente a tres tipos de servicios que usted puede estar recibiendo:

- Servicios de cuidado médico en el hogar
- Cuidado especializado de enfermería en un centro para tal fin
- Cuidado de rehabilitación 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 compleja.

Si recibe alguno de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos, siempre que el médico indique que usted los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos informárselo **antes** de que sus servicios finalicen. Cuando finalice su cobertura para ese servicio, dejaremos de pagarlo.

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se explica cómo pedir una apelación.

I1. Preaviso antes de que finalice su cobertura

Le enviaremos una notificación escrita que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado. Esto se llama “Aviso de no cobertura de Medicare”. En el aviso, se indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su cuidado y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante debe firmar la notificación para confirmar que la recibió. Su firma lo **único** que indica es que usted recibió el aviso con la información. La firma **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se explica el proceso de apelación de Nivel 1 y lo que usted debe hacer.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Entienda y respete los plazos que se aplican a los pasos que usted debe dar. Nuestro plan también debe respetar plazos. Si cree que no cumplimos con los plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, haga lo siguiente:
 - Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.
 - Llame al Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222.
- **Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad.**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** del *Manual del miembro* para obtener más información sobre la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) y cómo contactarse con ellos.
 - Solicite que revisen su apelación y decidan si debemos cambiar la decisión que tomó nuestro plan.
- **Solicite sin demora una “apelación de vía rápida”.** Pregunte a la Organización para la Mejora de la Calidad si es apropiado según el criterio médico que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para contactarse con esta organización

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare que le enviamos.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos una apelación directamente a nosotros. Para obtener información detallada sobre cómo hacerlo, consulte la **Sección I4**.
- Si la Organización para la Mejora de la Calidad no considera su solicitud de continuar la cobertura de sus servicios médicos, o usted cree que su situación es urgente, supone una amenaza inmediata y grave para su salud o tiene un dolor intenso, puede presentar una queja ante el Departamento de Atención de la Salud Administrada de California (DMHC) para obtener una revisión médica independiente. Consulte la Sección F4, página 208, para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca..



El término legal para la notificación escrita es “**Aviso de no cobertura de Medicare**”. Para obtener un aviso de ejemplo, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener una copia en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

Qué sucede durante la apelación de vía rápida

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería continuar. No es obligatorio que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores evaluarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les proporcionó.
- Nuestro plan le enviará además una notificación escrita donde se explican los motivos por los que finaliza la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso antes de que termine el día en que los revisores nos informen sobre su apelación.

El término legal del aviso donde se explican los motivos es “**Explicación detallada de no cobertura**”.

- Los revisores le dirán cuál es la decisión un día después de haber recibido toda la información necesaria.

Si la Organización de Revisión Independiente **acepta** su apelación:

- Le brindaremos los servicios cubiertos durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le dijimos.
- Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado a partir de la fecha del aviso.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



- Después de la fecha en que finaliza su cobertura, deberá pagar el costo total de este cuidado si decide continuar recibiendo cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).
- Usted decide si quiere continuar recibiendo estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

13. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

En el caso de una apelación de Nivel 2, debe solicitar a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise la decisión que tomó en el Nivel 1. Puede llamarlos al 1-877-588-1123.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 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 harán lo siguiente:

- Examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán la decisión que tomen sobre la apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su solicitud de una segunda revisión.

Si la Organización de Revisión Independiente **acepta** su apelación:

- Le devolveremos la parte que nos corresponde de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- Brindaremos la cobertura para el cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación:

- Significa que están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su cuidado y no la cambiarán
- Le enviarán una carta explicando lo que puede hacer si quiere avanzar en el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



- Puede presentar una queja ante el DMHC y solicitarles una revisión médica independiente para continuar recibiendo la cobertura de los servicios médicos. Consulte la Sección F4, página 208, para obtener información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC. Puede presentar una queja ante el DMHC y solicitarles una Revisión Médica Independiente junto con una apelación de Nivel 3 o en lugar de esta.

Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.

14. Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Como se explicó en la **Sección I2**, debe actuar rápido y comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación de Nivel 1. Si no cumple con el plazo, puede seguir el proceso para una “apelación alternativa”.

Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página y solicítenos una “revisión rápida”.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

- Examinaremos toda la información de su caso.
- Revisaremos si la primera decisión fue justa y cumplió con las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura de sus servicios.
- Seguiremos los plazos rápidos en vez de los plazos estándares y le comunicaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que haya solicitado una revisión rápida.

Si **aceptamos** su apelación rápida:

- Significa que estamos de acuerdo con que necesita recibir los servicios por más tiempo.
- Le brindaremos los servicios cubiertos durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Acordamos devolverle el dinero de nuestra parte de los costos de cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Si **rechazamos** su apelación rápida:

- Nuestra cobertura para estos servicios finaliza en la fecha que le dijimos.
- No pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Usted pagará el costo total de estos servicios si continúa recibéndolos después de la fecha que le dijimos que finalizaría su cobertura.
- Enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas. En esas circunstancias, su caso pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

15. Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, haremos lo siguiente:

Enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas después de haber rechazado su apelación de Nivel 1. Este procedimiento es automático. No es necesario que usted haga nada.

Si considera que no respetamos este plazo o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener información sobre cómo presentar una queja.

La Organización de Revisión Independiente analiza su apelación de manera rápida. Examina cuidadosamente toda la información sobre su alta hospitalaria y generalmente le da una respuesta dentro de las 72 horas.

Si la Organización de Revisión Independiente **acepta** su apelación:

- Le devolveremos la parte que nos corresponde de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación:

- Significa que están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su cuidado y no la cambiarán
- Le enviarán una carta explicando lo que puede hacer si quiere avanzar en el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



También puede presentar una queja ante el DMHC y solicitar una revisión médica independiente para continuar recibiendo la cobertura de los servicios médicos. Consulte la Sección F4, página 208, para obtener información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC. Puede presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente junto con una apelación de Nivel 3 o en lugar de esta.

Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 para obtener servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga el derecho a otros niveles de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare por los que apela no alcanza un monto mínimo determinado, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede avanzar en el proceso de apelaciones. En la carta que recibe de la Organización de Revisión Independiente por su apelación de Nivel 2 se explica a quién debe contactar y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones consiste en una audiencia ante un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador **aceptan** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión favorable para usted en una apelación de Nivel 3.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con la documentación correspondiente. Es posible que esperemos la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de haber recibido la decisión del ALJ o el abogado mediador.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Si el ALJ o el abogado mediador **rechazan** su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no se acabe.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelación.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede pasar al próximo nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá, se explican los pasos para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de apelaciones de Medicare revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del Gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisión en una apelación de Nivel 3 cuya respuesta fue favorable para usted, tenemos derecho a presentar una apelación de Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Consejo.

Si el Consejo **rechaza** o no acepta nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no se acabe.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelación.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, podría pasar al próximo nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá, se explica si puede continuar con una apelación de Nivel 5 y los pasos que debe seguir.

Apelación de Nivel 5

Un juez del Tribunal Federal del Distrito revisará su apelación y toda la información, y decidirá si la **acepta** o la **rechaza**. Esta decisión es definitiva. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal del Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

Es posible que también tenga otros derechos de apelación si usted apela por servicios o artículos que Medi-Cal generalmente cubre. En la carta que le envían de la Oficina de Audiencias Imparciales, se explica lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con el requisito, usted elige si quiere avanzar en el proceso de apelaciones.

- Hay tres niveles más en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, en la notificación escrita que recibió después de su segunda apelación se explican en detalle los pasos a seguir.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección J3 de este capítulo encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

J3. Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Es posible que esta sección sea la que necesita si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento por el que apela alcanza un monto determinado, es posible que tenga otros niveles de apelación disponibles. En la respuesta por escrito que reciba tras la apelación de Nivel 2 le explican a quién debe contactar y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones consiste en una audiencia ante un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador **aceptan** su apelación:

- Finaliza el proceso de apelación.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura de medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o las 24 horas en el caso de una apelación acelerada) o realizar el pago antes de los 30 días calendario después de haber recibido la decisión.

Si el ALJ o el abogado mediador **rechazan** su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no se acabe.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelación.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede pasar al próximo nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá, se explican los pasos para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de apelaciones de Medicare revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del Gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- Finaliza el proceso de apelación.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura de medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o las 24 horas en el caso de una apelación acelerada) o realizar el pago antes de los 30 días calendario después de haber recibido la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no acabe.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelación.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, podría pasar al próximo nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá, se explica si puede continuar con una apelación de Nivel 5 y los pasos que debe seguir.

Apelación de Nivel 5

Un juez del Tribunal Federal del Distrito revisará su apelación y toda la información, y decidirá si la **acepta** o la **rechaza**. Esta decisión es definitiva. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal del Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipos de problemas se contemplan como quejas

El proceso de quejas se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación del cuidado y el servicio de atención al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se resuelven mediante el proceso de quejas.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> No está conforme con la calidad del cuidado médico, por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> Un miembro del personal o un proveedor de cuidado médico fue descortés con usted o le faltó el respeto. No recibió un buen trato de parte de nuestro personal. Cree que lo están presionando para que deje nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia en otros idiomas	<ul style="list-style-type: none"> No puede acceder físicamente a los servicios de cuidado de salud ni a las instalaciones en el consultorio de un médico o de un proveedor. El médico o proveedor no le ofrece un intérprete para el idioma que usted habla, diferente del inglés, (como lenguaje americano de señas o español). El proveedor no le proporciona una adaptación razonable que usted solicite o necesite.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> Tiene problemas para conseguir una cita o el tiempo de espera es demasiado largo. El tiempo de espera para recibir atención de médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, de Servicios para Miembros u otros miembros del personal es demasiado largo.
Higiene	<ul style="list-style-type: none"> Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Queja	Ejemplo
Información que le proporcionamos	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que no le hemos enviado un aviso o carta que tendría que haber recibido. • Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Falta de puntualidad en nuestras decisiones de cobertura o apelaciones	<ul style="list-style-type: none"> • 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 una apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o devolverle el dinero de determinados servicios médicos. • Cree que no presentamos su caso a la Organización de Revisión Independiente en tiempo y forma.

Hay distintos tipos de quejas. Puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Las quejas internas se presentan ante nuestro plan y el plan las revisa. Las quejas externas se presentan ante una organización no vinculada con nuestro plan y esta se encarga de revisarlas. Si necesita ayuda para presentar una queja externa y/o interna, llame al **1-833-707-3129**.

El término legal para una “queja” es “**reclamo**”.

El término legal para “presentar una queja” es “**presentar un reclamo**”.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al 1-833-707-3129. Puede presentarla en cualquier momento, a menos que esté relacionada con un medicamento de la Parte D. Si la queja es acerca de un medicamento de la Parte D, debe presentarla **en un plazo de 60 días calendario** después de que haya tenido el problema por el que desea quejarse.

- Si necesita hacer algo más, Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede escribir y enviarnos su queja. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca..



- Las quejas relacionadas con Medicare Parte D deben presentarse dentro de los 60 días calendario posteriores al problema sobre el que desea quejarse.
- No hay un tiempo límite para presentar quejas relacionadas con Medicare Parte C o con la calidad de la atención.

El término legal para “queja rápida” es “reclamo acelerado”.

De ser posible, le responderemos inmediatamente. Si nos llama por una queja, probablemente podamos darle una respuesta en la misma llamada. Si su condición médica requiere que le brindemos una respuesta rápida, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas dentro de los 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo informaremos por escrito. También le daremos una actualización del estado y un tiempo estimado de respuesta.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida” y responderemos a su reclamo en 24 horas.
- Si presenta una queja porque demoramos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le concederemos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con la totalidad o parte de su queja, se lo comunicaremos y le daremos nuestras razones. Le responderemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

También puede informar o enviar su queja a Medicare. El Formulario de queja de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

No hace falta que presente una queja ante Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) antes de presentar una queja a Medicare.

Medicare toma sus quejas con seriedad y usa esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca...



Si tiene algún otro comentario o inquietud, o cree que el plan médico no resuelve su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Medi-Cal

Puede llamar al 1-888-452-8609 y presentar una queja ante el defensor del programa de Atención Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California (DHCS). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Puede presentar una queja ante el Departamento de Atención de la Salud Administrada de California (DMHC). El DMHC se encarga de regular los planes médicos. Puede llamar al Centro de Ayuda del DMHC para que lo ayuden a presentar quejas por servicios de Medi-Cal. Puede ponerse en contacto con el DMHC si necesita ayuda con una queja relacionada con un asunto urgente o que suponga una amenaza inmediata y grave para su salud, si tiene un dolor intenso; o bien, si no está de acuerdo con la decisión de nuestro plan sobre su queja, o nuestro plan no resolvió su queja después de 30 días calendario.

Estas son dos formas de obtener asistencia del Centro de Ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. *Las personas sordas o con dificultades auditivas o del habla pueden usar la línea gratuita de TTY, 1-877-688-9891.* La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web del Departamento de Atención de la Salud Administrada (www.dmhc.ca.gov).

Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que no recibió un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con discapacidad o la asistencia en otros idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. Esta es la información de contacto:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services 90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Centro de Atención al Cliente: 1-800-368-1019 TTY: 1-800-537-7697

Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Es posible que también tenga derechos conforme a la Ley para Estadounidenses con Discapacidades y otras leyes aplicables a organizaciones que reciben financiamiento federal, así como otras normas que correspondan por cualquier otro motivo. Puede comunicarse sin cargo con el defensor estatal al 1-888-452-8609 o TDD/TTY 1-800-735-2929 (servicio de retransmisión de California) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Puede acceder al sitio web en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx>.

Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad.
- Puede presentar la queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad y nuestro plan. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos en conjunto para resolverla.

La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos de cuidado de salud pagados por el Gobierno federal para comprobar y mejorar el cuidado dado a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para la Mejora de la Calidad, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** del *Manual del miembro*.

En California, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Livanta. El número de teléfono es 1-877-588-1123.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca..



Capítulo 10: Finalizar su membresía en nuestro plan

Introducción

En este capítulo se explican las formas en que puede finalizar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de retirarse de nuestro plan. Si decide retirarse de nuestro plan, continuará su inscripción 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 finalizar su membresía en nuestro plan	251
B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	252
C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal	253
C1. Sus servicios de Medicare	253
C2. Sus servicios de Medi-Cal	255
D. Cómo obtener sus medicamentos y servicios médicos hasta que finalice su membresía en nuestro plan	256
E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan.....	256
F. Normas para evitar que le pidamos que se retire de nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud.....	257
G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan.....	257

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan

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

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Además de estos tres periodos especiales de inscripción, puede finalizar su membresía en nuestro plan durante estos periodos todos los años:

- El **periodo de inscripción anual**, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en nuestro plan terminará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1.º de enero.
- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo. Si elige un plan nuevo en este periodo, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para hacer cambios en su inscripción. Por ejemplo:

- Si se muda fuera de nuestra área de servicio,
- Si cambia su condición de elegibilidad para Medi-Cal o la Ayuda Extra (“Extra Help”), o
- Si acaba de ingresar, recibe actualmente atención o acaba de salir de un hogar de ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo.

Su membresía finaliza 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 de enero. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes (el 1.º de febrero en este ejemplo).

Si se retira de nuestro plan, puede recibir información sobre lo siguiente:

- Las opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Los servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Puede obtener más información sobre cómo finalizar su membresía de las siguientes maneras:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico de California (HICAP) al 1-800-434-0222 de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.
- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272 de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Llame al defensor del programa de Atención Administrada de Medi-Cal al 1-888-452-8609 de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. o envíe un correo electrónico a MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual del miembro* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Tiene las siguientes opciones si quiere retirarse de nuestro plan:

- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan médico o de medicamentos de Medicare. En el cuadro de las páginas 253 a 255, puede encontrar más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare cuando usted se retira de nuestro plan.
- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272 de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- En la Sección C a continuación, se incluyen los pasos que debe seguir para inscribirse en otro plan. Esto, además, finalizará su membresía en nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal

Tiene opciones para recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal si decide retirarse de nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene las tres opciones que figuran a continuación para obtener los servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, automáticamente finalizará su membresía en nuestro plan.

<p>1. Puede cambiarse:</p> <p>A otro plan médico de Medicare, como un plan Medicare Advantage; o bien, si usted vive dentro del área de servicio y cumple los requisitos de elegibilidad, a un Programa de Atención Integral para 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), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultar sobre el 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 Consejería y Defensoría del Seguro Médico de California (HICAP) al 1-800-434-0222 de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O BIEN</p> <p>Inscríbase en otro plan de Medicare:</p> <p>Se cancelará automáticamente la inscripción en nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su otro plan. Es posible que su plan de Medi-Cal cambie.</p>
--	--

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



<p>2. Puede cambiarse:</p> <p>A Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico de California (HICAP) al 1-800-434-0222 de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O BIEN</p> <p>Inscríbase en otro plan de medicamentos recetados de Medicare.</p> <p>Se cancelará automáticamente la inscripción en nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará.</p>
--	---

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



<p>3. Puede cambiarse:</p> <p>A Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</p> <p>NOTA: Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare realice su inscripción en un plan de medicamentos, a menos que informe a Medicare que no quiere hacerlo.</p> <p>Solo debe cancelar su cobertura de medicamentos recetados si recibe cobertura de medicamentos de otra parte, como un empleador o sindicato. Si no sabe si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico de California (HICAP) al 1-800-434-0222 de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite 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), disponible las 24 horas, los 7 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 Consejería y Defensoría del Seguro Médico de California (HICAP) al 1-800-434-0222 de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Se cancelará automáticamente la inscripción en nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará.</p>
---	--

C2. Sus servicios de Medi-Cal

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

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



D. Cómo obtener sus medicamentos y servicios médicos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si se retira de nuestro plan, puede transcurrir un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este periodo, seguirá recibiendo sus medicamentos recetados y el cuidado médico a través de nuestro plan hasta que comience el otro plan.

- Vaya a farmacias de la red y use nuestro servicio de farmacia con pedidos por correo para abastecer sus recetas.
- Si está en el hospital el día en que finaliza su membresía en Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta su alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan

Hay algunos casos en los que debemos finalizar su membresía en nuestro plan:

- Si se produce una interrupción en la cobertura de Medicare Parte A y B.
- Si ya no califica para Medi-Cal. Nuestro plan es únicamente para personas que reúnen los requisitos para Medicare y Medi-Cal. Es posible que el estado o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) cancelen su inscripción si determinan que usted no es elegible para participar en el programa.
- Si se muda fuera de nuestra 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, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
 - Consulte el **Capítulo 4** del *Manual del miembro* para obtener información sobre cómo recibir atención a través de nuestros beneficios para viajeros o visitantes mientras se encuentre fuera de nuestra área de servicio.
- Si va a la cárcel por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga para medicamentos recetados.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



- Si no tiene la ciudadanía estadounidense o su residencia en los Estados Unidos no es legal.
 - Para ser miembro de nuestro plan, debe tener la ciudadanía estadounidense o una residencia legal en los Estados Unidos.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para continuar su membresía según estos criterios.
 - Debemos cancelar la inscripción si no cumple con este requisito.

Podemos exigirle que se retire de nuestro plan por las siguientes razones, solo si antes obtenemos 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 brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación del miembro del plan para obtener atención médica. (Es posible que Medicare le pida al inspector general que investigue su caso si cancelamos su membresía por esta razón).

F. Normas para evitar que le pidamos que se retire de nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

Si piensa que le pedimos que se retire de nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas, los 7 días de la semana.

G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito. También tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. Además, puede consultar el **Capítulo 9** del *Manual del miembro* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Aviso sobre leyes	259
B. Aviso de no discriminación	259
C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso.....	260

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del miembro*. Estas pueden afectar sus derechos y obligaciones, aun si las leyes no están incluidas ni explicadas en el *Manual del miembro*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales y estatales de los programas de Medicare y Medi-Cal. Es posible que también rijan otras leyes federales y estatales.

B. Aviso de no discriminación

Todas las empresas o agencias que trabajan con Medicare y Medi-Cal deben cumplir con las leyes que protegen a las personas contra la discriminación o el trato injusto. No discriminamos ni tratamos de manera diferente a las personas debido a su edad, reclamaciones previas, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión, sexo u orientación sexual. Tampoco discriminamos de manera ilegal ni excluimos personas o las tratamos de manera diferente debido a su ascendencia, identificación con un grupo étnico, identidad de género, estado civil o condición médica.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, haga lo siguiente:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención de la Salud al 1-916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones).
- Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.
- Complete un formulario de queja y envíelo a la siguiente dirección:

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

Los formularios de queja están disponibles en:

www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Si cree que lo han discriminado y quiere presentar un reclamo por discriminación, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles. Si considera que recibió un trato injusto o que no se respetaron sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, pertenencia a un grupo étnico, credo (religión), edad, orientación sexual o nacionalidad; debe llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si su reclamo se relaciona con un hecho de discriminación en el programa de Medi-Cal, también puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención de la Salud por teléfono, por escrito o de manera electrónica como se indica a continuación:

- Por teléfono: Llame al 1-916-440-7370. Si tiene problemas de audición o del habla, llame al 711 (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones).
- Por escrito: Complete un formulario de queja y envíelo a la siguiente dirección:

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

Los formularios de queja están disponibles en dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- De manera electrónica: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios médicos o a un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, en Servicios para Miembros pueden ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso

A veces, alguien tiene que pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación para trabajadores 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.

Respetamos las leyes y regulaciones estatales y federales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros respecto de los servicios médicos brindados a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para asegurarnos de que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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 o si necesita más información de la que incluye la definición, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Actividades de la vida diaria (ADL): Las actividades que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administración de la terapia con medicamentos: Un grupo de servicio particular o un grupo de servicios prestados por proveedores de cuidado médico, incluidos los farmacéuticos, para garantizar resultados óptimos a los pacientes. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual del miembro* para obtener más información.

Apelación: Una forma de cuestionar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede presentar una apelación para solicitar que cambiemos nuestra decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** del *Manual del miembro* se explican las apelaciones y se incluyen instrucciones para presentarlas.

Área de servicio: Área geográfica donde un plan médico acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar de residencia de las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente se refiere al área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en el área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Asistente de cuidado médico en el hogar: Una persona que brinda servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta certificado, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes de cuidado médico en el hogar no tienen una certificación de enfermería ni ofrecen terapia.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Atención de urgencia: Atención que recibe para una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Puede obtener cuidado necesario de forma urgente 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 o de rehabilitación especializadas brindados a diario en un centro de enfermería especializada de forma permanente. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que un enfermero registrado o un médico pueden administrarle.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Audiencia estatal: Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de Medi-Cal que no aprobaremos, o si no continuaremos pagando un servicio de Medi-Cal que usted ya tiene, puede solicitar una Audiencia Estatal. Si la determinación de la audiencia estatal resulta a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Autorización previa: Una aprobación que debe obtener de nosotros antes de recibir un servicio o medicamento específico, o de consultar a un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento si usted no obtiene antes la aprobación.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una autorización previa de nuestra parte.

- Los servicios cubiertos que requieren autorización previa de nuestro plan se marcan en el **Capítulo 4** del *Manual del miembro*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos únicamente si usted obtiene nuestra autorización previa.

- Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

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

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 (decisión ajena a su voluntad).

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que proporciona instrucción adicional a nuestros proveedores de cuidado médico para entender mejor sus orígenes, valores y creencias con el fin de adaptar los servicios y satisfacer sus necesidades sociales, culturales e idiomáticas.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo necesarios para brindar cuidado especializado de enfermería y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación compleja. Ofrece una variedad de servicios, como terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación ambiental en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro que brinda servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que no necesitan cuidado hospitalario y que se espera que no necesiten más de 24 horas de atención.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. En el **Capítulo 2** del *Manual del miembro* se explica cómo comunicarse con los CMS.

Coordinador de cuidado: Persona que se encarga principalmente de trabajar con usted, el plan médico y sus proveedores de cuidado médico para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

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** del *Manual del miembro*, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Defensor: Una oficina en su estado que funciona como representante en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja, y puede ayudarlo a entender qué debe hacer. Los servicios del defensor son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** del *Manual del miembro*.

Departamento de Atención de la Salud Administrada (DMHC): El departamento del estado de California que se encarga de regular los planes médicos. El DMHC ayuda a las personas con las apelaciones y quejas por servicios de Medi-Cal. El DMHC también lleva adelante las revisiones médicas independientes (IMR).

Departamento de Servicios de Atención de la Salud (DHCS): El departamento del estado de California que administra el programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros o uno de nuestros 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 el **Capítulo 9** del *Manual del miembro* se explican las decisiones de cobertura.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca.



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, la pérdida de una parte del cuerpo, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor intenso.

Equipo de cuidado médico interdisciplinario (ICT): Un equipo de cuidado médico que puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales médicos que están a su disposición para que pueda recibir la atención que necesita. Su equipo de cuidado médico también colabora en el diseño de un plan de salud.

Equipo de cuidado médico: Hace referencia al “Equipo de cuidado médico interdisciplinario”.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que el médico solicita para que usted use en su casa. Por ejemplo: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón motorizado, suministros para la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: Un médico que brinda cuidado médico en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo.

Evaluación de riesgos de la salud: Una revisión de su historial médico y condición actual. Se utiliza para saber cuál es su estado de salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: Permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin determinadas normas y limitaciones.

Facturación incorrecta: Situación en la que un proveedor (un médico u hospital) le factura un monto superior al de nuestros costos compartidos por los servicios. Llame a Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entiende.

Dado que pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** tiene que pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Una farmacia que ha aceptado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos los medicamentos recetados solo cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia especializada: Consulte el Capítulo 5 del *Manual del miembro* para más información sobre las farmacias especializadas.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado formar parte de nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Hogar de ancianos o centro de enfermería: Un lugar que proporciona atención para personas que no pueden obtener cuidado en el hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Hospicio: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen una prognosis terminal a vivir de manera cómoda. Una prognosis terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y se espera que viva seis meses o menos.

- Una persona inscrita con una prognosis terminal tiene derecho a elegir un hospicio.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores brinda atención para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Debemos darle una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

Información personal de salud (también llamada Información de Salud

Protegida [PHI]): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico e historial médico. Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, utilizamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Ingreso de seguridad suplementario (SSI): Beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, que son ciegas, tienen una discapacidad o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social. El SSI brinda cobertura de Medi-Cal de manera automática.

Inscrito de Medicare-Medi-Cal: Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medi-Cal. A un inscrito de Medicare-Medi-Cal también se lo denomina “persona doblemente elegible”.

Límites de cantidad: Un límite a la cantidad de un medicamento que puede recibir. Es posible que apliquemos límites a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Una lista de los medicamentos de venta libre (OTC) y recetados que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la colaboración de médicos y farmacéuticos. En la Lista de medicamentos, también se indica si existen normas 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 anexo 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.

Medi-Cal: Este es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y financiado por el gobierno federal y el estado.

- Ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), y costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no están cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos médicos si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.
- Consulte el **Capítulo 2** del *Manual del miembro* para saber cómo comunicarse con Medi-Cal.

Médicamente necesario: Con este término, se describen los servicios, los suministros o los medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o bien para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que usted vaya a un hospital o a un hogar de ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: Un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía que originalmente lo desarrolló. 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: Medicamento recetado aprobado por el Gobierno federal para que se utilice en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento 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) cubiertos por nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de Medicare Parte D”.

Medicamentos de Medicare Parte D: Los medicamentos cubiertos en Medicare Parte D. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Es posible que Medi-Cal cubra estos medicamentos.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre hacen referencia a cualquier medicamento que una persona puede comprar sin la receta de un profesional médico.

Medicare: El programa de seguro médico federal destinado a personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años de edad 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 recibir su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original o un plan de atención administrada (consulte “Plan médico”).

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Medicare Parte C” o “MA”, que ofrece planes MA a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de cargo por servicio): El Gobierno ofrece Medicare Original. En Medicare Original, los servicios están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado médico de los montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado médico que acepte Medicare. Medicare Original consta de dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.
- Si usted no desea formar parte de nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Medicare Parte A: El programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención brindada en hospitales o centros de enfermería especializada, del cuidado médico en el hogar y del cuidado para enfermos terminales que son médicamente necesarios.

Medicare Parte B: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Medicare Parte C: El programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA” que permite que las compañías de seguros de salud privados brinden beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Medicare Parte D: El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. Nosotros lo denominamos “Parte D” para abreviar. La Parte D cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B ni Medi-Cal. Nuestro plan incluye Medicare Parte D.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una 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.

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. Cada medicamento de la Lista de medicamentos se encuentra en uno de 5 niveles.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en cuidado médico que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El Gobierno federal paga a la QIO para que supervise y mejore la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** del *Manual del miembro* para obtener información sobre la QIO.

Paciente internado: Término usado cuando hay una admisión formal en un hospital para que usted reciba servicios médicos especializados. Si su admisión no es formal, se puede considerar que usted es paciente ambulatorio en vez de paciente internado, aunque pase la noche en el hospital.

Parte A: Consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: Consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: Consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: Consulte “Medicare Parte D”.

Parte del costo: La parte de los costos médicos que es posible que usted deba pagar cada mes para que los beneficios estén vigentes. El monto de su parte del costo varía en función de sus ingresos y recursos.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Plan de atención individualizado (ICP o plan de salud): Un plan que detalla los servicios que recibirá y la manera en que los recibirá. El plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo.

Plan de necesidades especiales para personas doblemente elegibles (D-SNP): Plan médico que proporciona servicios de Medicare y Medi-Cal a las personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan es un plan D-SNP.

Plan de salud: Hace referencia al “plan de atención individualizado”.

Plan médico: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de cuidado que le ayudarán a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

Planes Medi-Cal: Planes que solo cubren beneficios de Medi-Cal, como los servicios y apoyo a largo plazo, el equipo médico y el transporte. Los beneficios de Medicare van por separado.

Programa de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada (PACE): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos para personas de 55 años o más que necesitan un nivel de cuidado más alto para vivir en el hogar.

Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP): Programa que brinda información gratuita y objetiva, y consejería sobre Medicare. En el **Capítulo 2** del *Manual del miembro* se explica cómo comunicarse con el HICAP.

Programa de pedido por correo: Algunos planes pueden ofrecer un programa de pedido por correo que le permite recibir en su casa un suministro para hasta tres meses de un medicamento recetado cubierto. Es posible que sea una manera conveniente y costo-efectiva de surtir las recetas de los medicamentos que toma habitualmente.

Prótesis y ortótica: Dispositivos médicos solicitados por el médico u otro proveedor de cuidado médico que incluyen, entre otros: férulas para brazos, espalda y cuello, extremidades artificiales, prótesis oculares y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor a quien usted acude 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 cuidado médico sobre su atención y remitirlo a ellos.
- En muchos planes médicos de Medicare, usted debe acudir a su proveedor de atención primaria antes de consultar a otro proveedor de cuidado médico.
- Consulte el **Capítulo 3** del *Manual del miembro* para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado médico en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de salud, equipos médicos, y servicios y apoyo a largo plazo.

- Cuentan con licencias o certificados de Medicare y del estado para brindar servicios de cuidado de salud.
- 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 llama “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que nuestro plan no emplea, no opera ni del que es propietario, y que tampoco ha firmado un contrato para ofrecerles servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el **Capítulo 3** del *Manual del miembro* se explica sobre los centros y proveedores fuera de la red.

Queja: Una declaración oral o escrita que señala que usted tiene un problema o una inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud que tenga en cuanto a la calidad del servicio, la calidad de la atención médica, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.

Reclamo: Una queja que usted hace sobre nosotros o sobre un proveedor o una farmacia de nuestra red. Esto incluye quejas sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio prestado por su plan médico.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Remisión: Una remisión es la aprobación que le da su proveedor de atención primaria (PCP) para acudir a otro proveedor que no sea el PCP. Si no obtiene antes la aprobación, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión para consultar a determinados especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en los **Capítulos 3 y 4** del *Manual del miembro*.

Revisión Médica Independiente (IMR): Si rechazamos su solicitud de tratamientos o servicios médicos, puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema se relaciona con un servicio de Medi-Cal, incluidos suministros para DME y medicamentos, puede solicitar una IMR al Departamento de Atención de la Salud Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso realizada por médicos que no forman parte de nuestro plan. Si la determinación de la IMR resulta a su favor, debemos brindarle el servicio o tratamiento que solicitó. La IMR es sin costo.

Salud conductual: Un término general que se refiere a trastornos de salud mental y abuso de sustancias.

Servicios cubiertos por Medicare: Los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B.

Servicios cubiertos: Término general que se utiliza para referirse a todo el cuidado médico, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y de venta libre, los equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios de carácter sensible: Servicios relacionados con la salud conductual o mental, la salud sexual o reproductiva, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH/SIDA, las agresiones sexuales y los abortos, el trastorno de abuso de sustancias, la atención de reafirmación de género y la violencia en la pareja.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación compleja. Consulte el **Capítulo 4** del *Manual del miembro* para más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios Opcionales del Plan de Cuidado (servicios CPO): Servicios adicionales que son opcionales conforme a su plan de atención individualizado (ICP). Estos servicios no pretenden reemplazar los servicios y apoyo a largo plazo que usted tiene autorización para recibir de Medi-Cal.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS): Un programa de servicios ambulatorios basados en centros que proporciona cuidado especializado de enfermería, servicios sociales, terapias ocupacional y del habla, cuidado personal, capacitación y apoyo para familias/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros a miembros elegibles que reúnan los criterios de elegibilidad aplicables.

Servicios para Miembros: Un departamento de nuestro plan que se encarga de responder las preguntas sobre su membresía, sus beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** del *Manual del miembro* para obtener más información sobre Servicios para Miembros.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyo a largo plazo ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a que permanezca en su casa y no tenga que acudir a un hogar de ancianos u hospital. Los LTSS incluyen los servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS) y los de un centro de enfermería (NF).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte la definición de Ayuda Extra (“Extra Help”).

Tasa diaria de distribución de costos: Costo que podría aplicarse cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes y usted debe pagar un copago. La tasa diaria de distribución de costos es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes.

Por ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es \$1.35. Esto significa que el monto que paga por el medicamento es menos de \$0.05 por día. Si obtiene un suministro del medicamento para siete días, pagará menos de \$0.05 por día multiplicado por siete días, un pago total de menos de \$0.35.

Terapia escalonada: Una norma de cobertura que requiere que usted pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite shop.anthem.com/medicare/ca.



Servicios para Miembros de Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)

TELÉFONO	1-833-707-3129 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
CORREO	12900 Park Plaza Drive, Suite 150 Mailstop 6150 Cerritos, CA 90703-9329
SITIO WEB	shop.anthem.com/medicare/ca

Si tiene preguntas, llame a **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** al **1-833-707-3129** (TTY: **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite shop.anthem.com/medicare/ca.



1041917MUSSPMUB_396
Y0114_23_3002583_U_C_SP_0396 CMS Accepted 09/19/2022



H4161 001 000 CA