

Resumen de beneficios

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



¿Tiene alguna pregunta?

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

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción de los beneficios y servicios ofrecidos e información sobre sus derechos como miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

| A. Descargos de responsabilidad | 2 |
|--|----|
| B. Preguntas frecuentes | 4 |
| C. Descripción de los servicios | 10 |
| D. Otros servicios que cubre Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan | 30 |
| E. Servicios cubiertos fuera de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan | 37 |
| F. Servicios que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, Medicare y Medi-Cal no cubren | 37 |
| G. Sus derechos como miembro del plan | 38 |
| H. Cómo presentar un reclamo o apelar un servicio denegado | 40 |
| I. Qué debe hacer si sospecha de la existencia de fraude | 41 |

H6229_19_36125_U_SP CMS Accepted 09/09/2018

73012CADSPABC



A. Descargos de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan para 2019. Es solo un resumen. Lea el *Manual del miembro* para ver la lista completa de beneficios.

- Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar beneficios de ambos programas a los inscritos. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal.
- Con Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, usted puede recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan de salud. Un encargado de caso de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan le ayudará a manejar sus necesidades de atención médica.
- 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*.
- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-817-5785 (TTY 711), Monday through Friday 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Llame al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita.

Spanish

注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-817-5785 (TTY 711), 週一至週五上午 8:00-晚上8:00。 通話免費。

Chinese

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, cho quý vị. Xin gọi số 1-855-817-5785 (TTY 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 8:00 tối. Cuộc gọi được miễn tính cước phí. Vietnamese

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo nang walang bayad ang mga serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa 1-855-817-5785 (TTY 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag.

Tagalog



- ❖ Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, Braille o audio. Llame al 1-855-817-5785 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.
- ❖ Puede solicitar que le envíen información del plan de salud en su idioma o en otros formatos. Puede hacer una solicitud permanente en cualquier momento. Llame a Servicios para los Miembros al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.

B. Preguntas frecuentes

La siguiente tabla contiene preguntas frecuentes.

| Preguntas frecuentes (FAQ) | Respuestas |
|---|--|
| ¿Qué es un Cal MediConnect Plan? | Un Cal MediConnect Plan es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene encargados de caso para ayudarle a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un Cal MediConnect Plan que proporciona beneficios de Medi-Cal y Medicare a los inscritos. |
| ¿Qué es un encargado de caso de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan? | Un encargado de caso de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan es su principal persona de contacto. Esta persona le ayuda a manejar todos sus proveedores y servicios y a asegurarse de que obtenga lo que necesita. |
| ¿Qué son los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)? | Los LTSS están destinados a las personas que necesitan asistencia para realizar tareas diarias, como bañarse, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios son proporcionados en su hogar o en su comunidad, pero podrían ser proporcionados en un asilo de ancianos u hospital. Los LTSS incluyen los siguientes programas: Programa Multipropósito de Servicios para Personas de la Tercera Edad (MSSP), Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS) y atención de enfermería especializada a largo plazo proporcionada por centros de enfermería (NF). |



| Preguntas frecuentes (FAQ) | Respuestas |
|--|--|
| ¿Recibirá los mismos beneficios que recibe ahora de Medicare y Medi-Cal en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan? | Usted recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y Medi-Cal directamente de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Trabajará con un equipo de proveedores que le ayudarán a determinar qué servicios se adaptan mejor a sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibe ahora podrían cambiar. |
| | Cuando se inscriba en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, usted y su equipo de atención trabajarán juntos para desarrollar un plan de atención personalizado que refleje sus preferencias y metas personales, a fin de abordar sus necesidades médicas y de apoyo. Además, si está tomando algún medicamento recetado de Medicare Parte D que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan normalmente no cubre, puede recibir un suministro temporal y le ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento u obtener una excepción para que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cubra su medicamento si es necesario por motivos médicos. |
| ¿Puede consultar a los mismos médicos que consulta ahora? | A menudo, ese suele ser el caso. Si sus proveedores (incluyendo médicos y farmacias) trabajan con Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir acudiendo a ellos. • Los proveedores que tienen un acuerdo con nosotros están "dentro de la red". Usted debe usar los proveedores de la red de Anthem Blue Cross Cal |
| | MediConnect Plan. |
| | Si necesita atención de urgencia o emergencia o servicios de diálisis fuera del área, puede usar proveedores fuera del plan de Anthem Blue Cross Cal MediConnect. |
| | Para saber si sus médicos están en la red del plan, llame a Servicios para los Miembros o lea el <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. |



| Preguntas frecuentes (FAQ) | Respuestas |
|---|--|
| ¿Puede consultar a los mismos médicos que consulta ahora? (continuación) | Si Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan es nuevo para usted, trabajaremos con usted para desarrollar un plan de atención personalizado para abordar sus necesidades. Usted puede continuar viendo a los médicos que ve ahora por 12 meses para servicios cubiertos por Medicare y 12 meses para servicios cubiertos por Medi-Cal. Póngase en contacto con Servicios para los Miembros para solicitar "Continuidad de la atención" llamando al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. |
| ¿Qué pasa si necesita un servicio pero nadie de la red de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan puede proporcionarlo? | La mayoría de los servicios serán proporcionados por proveedores de nuestra red. Si necesita un servicio que no pueda ser proporcionado en nuestra red, Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan pagará el costo de un proveedor no perteneciente a la red. |
| ¿Dónde está disponible Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan? | El área de servicio para este plan incluye el condado de Santa Clara, California. Debe vivir en esta área para unirse al plan. |
| ¿Se paga una cantidad mensual (también llamada prima) por la cobertura de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan? | No pagará ninguna prima mensual a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan por su cobertura de salud. |
| ¿Qué es la autorización previa? | Autorización previa significa que usted debe recibir aprobación de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específico o ver a un proveedor fuera de la red. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan podría no cubrir el servicio o medicamento si usted no obtiene aprobación. |



| Preguntas frecuentes (FAQ) | Respuestas |
|---|--|
| ¿Qué es la autorización previa? (continuación) | Si necesita atención de urgencia o emergencia o servicios de diálisis fuera del área, no es necesario que obtenga primero la aprobación. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan puede proporcionarle una lista de servicios o procedimientos que requieren que obtenga autorización previa de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan antes de que el servicio sea proporcionado. Consulte el Capítulo 3 del <i>Manual del miembro</i> para obtener más información sobre la autorización previa. Consulte la tabla de beneficios del Capítulo 4 del <i>Manual del miembro</i> para obtener información acerca de los servicios que requieren autorización previa. |
| ¿Qué es un referido? | Un referido significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe darle su aprobación antes de que pueda consultar a otra persona que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red del plan. Si no obtiene aprobación, puede que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan no cubra los servicios. No necesita un referido para consultar a determinados especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Para más información sobre cuándo se requiere un referido de su PCP, consulte el Capítulo 3 del <i>Manual del miembro</i> . |
| ¿Qué es la ayuda adicional (Extra Help)? | La ayuda adicional (Extra Help) es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La ayuda adicional también se llama "subsidio por bajos ingresos" o "LIS." Sus copagos de medicamentos recetados de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ya incluyen el monto de ayuda adicional para el que usted califica. Para obtener información sobre la ayuda adicional, póngase en contacto con su oficina local del Seguro Social, o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. |



| Preguntas frecuentes (FAQ) | Respuestas | | |
|--|------------|--|--|
| ¿Con quién debe ponerse en contacto si tiene preguntas o necesita ayuda? (continúa en la | facturaci | oreguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, ión o tarjetas de identificación de miembro, llame a Servicios para los Miembros em Blue Cross Cal MediConnect Plan: | |
| próxima página) | AL | 1-855-817-5785 | |
| | | Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después de horas laborales disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, incluso días feriados. | |
| | | Servicios para los Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés. | |
| | TTY | 711 | |
| | | Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número. | |
| | | Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería después de horas laborales disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, incluso días feriados. | |
| | | | |
| | | | |



| Preguntas frecuentes (FAQ) | Respuestas | |
|--|---|--|
| ¿Con quién debe ponerse en contacto si tiene preguntas o | - | oreguntas acerca de su salud, llame a la línea Nurse Advice Call Line (Línea de de enfermería): |
| necesita ayuda? (continuación) | AL | 1-800-224-0336 |
| | | Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana, incluso días feriados. |
| | TTY | 1-800-368-4424 |
| | | Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número. |
| | | Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana, incluso días feriados. |
| | Si necesita servicios inmediatos de salud del comportamiento, llame a la Behavioral Health Crisis Line: | |
| | AL | 1-855-817-5785 |
| | | Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana, incluso días feriados. |
| | TTY | 711 |
| | | Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número. |
| | | Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana, incluso días feriados. |



C. Descripción de los servicios

La siguiente tabla es una descripción general breve de los servicios que puede necesitar, sus costos y las normas que aplican a los beneficios.

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|--|---|--|--|
| Necesita ver a un médico (continúa en | Visitas para tratar una lesión o enfermedad | \$0 | Debe consultar a médicos, especialistas y hospitales de la red de servicios. |
| la siguiente página) | | | Es posible que se apliquen normas de autorización. |
| | | | Se requiere referido para especialistas (para ciertos beneficios). |
| | Visitas de bienestar, como un examen físico | \$0 | Visita anual de bienestar cada 12 meses. |
| Transporte médico | Transporte al consultorio de un médico | \$0 | Transporte no médico (NMT) Viajes ilimitados a ubicaciones aprobadas por el plan cada año. El plan garantizará el cumplimiento con las disposiciones del Aseguramiento de Transporte de Medicaid para proporcionar transporte necesario para los beneficiarios hacia y desde los proveedores. |
| | | | Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT) |
| | | | Proporciona opciones de transporte para aquellas personas que no puedan ser transportadas a través de medios tradicionales de transporte y/o a petición del proveedor o encargado de caso. |



| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|---|--|--|--|
| Necesita ver a un médico (continuación) | Atención de un especialista | \$0 | Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales de la red. Es posible que se apliquen normas de autorización. Se requiere referido para especialistas de la red (para ciertos beneficios). |
| | Atención para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales | \$0 | Copago de \$0 por todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare. |
| | Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" (solo una vez) | \$0 | Durante los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B, puede obtener una visita preventiva "Bienvenido a Medicare" o una visita de bienestar anual. Después de los primeros 12 meses, puede recibir una visita de bienestar anual. |
| Necesita exámenes médicos | Pruebas de laboratorio, como análisis de sangre | \$0 | Es posible que se apliquen normas de autorización y referido. |
| | Radiografías u otras imágenes, tales como tomografías axiales computarizadas (CAT) | \$0 | Es posible que se apliquen normas de autorización y referido. |
| | Pruebas de detección, como pruebas de detección de cáncer | \$0 | Es posible que se apliquen normas de autorización y referido. |

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|--|--|---|--|
| Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (este servicio continúa en la siguiente página) | Medicamentos genéricos (que no son de marca) | Copago de \$0 a \$3.40 por un suministro máximo de 93 días de medicamentos genéricos cubiertos de la Parte D Medicamentos genéricos de Nivel 1 de la Parte D de Medicare - Copago de \$0.00 (suministro máximo de 93 días en una farmacia minorista o de venta por correo de la red) Medicamentos genéricos de Nivel 2 de la Parte D de Medicare - Copago de \$0.00 a \$3.40 (suministro máximo de 93 días en una farmacia minorista o de venta por correo de la red) | Puede haber limitaciones con respecto a los tipos de medicamentos cubiertos. Vea la Lista de medicamentos ocubiertos (Lista de medicamentos) de Anthem Blue Cross Cal MediConnectPlan para más información. También tiene cobertura para un suministro extendido de hasta 93 días de ciertos medicamentos de Nivel 1 y 2 de farmacias minoristas o de venta por correo de la red. Su copago será el mismo para un suministro de 31 días o de 93 días. |

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|---|-------------------------------|---|---|
| Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación) | | Medicamentos genéricos recetados de Nivel 3 no cubiertos por Medicare aprobados por Medi-Cal (estado) - Copago de \$0.00 (suministro máximo de 31 días en una farmacia minorista de la red) Medicamentos genéricos sin receta (OTC) de Nivel 4 no cubiertos por Medicare aprobados por Medi- Cal (estado) - Copago de \$0.00 (suministro máximo de 31 días en una farmacia minorista de la red) Los copagos por medicamentos recetados pueden variar según el nivel de ayuda adicional (Extra Help) que reciba. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan. | |

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|---|-------------------------------|---|---|
| Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación) | Medicamentos de marca | Copago de \$0.00 a \$8.50 por un suministro máximo de 93 días de medicamentos de marca cubiertos de la Parte D Medicamentos de marca de Nivel 1 de la Parte D de Medicare - Copago de \$0.00 (suministro máximo de 93 días en una farmacia minorista o de venta por correo de la red) Medicamentos de marca de Nivel 2 de la Parte D de Medicare - Copago de \$0.00 a \$8.50 (suministro máximo de 93 días en una farmacia minorista o de venta por correo de la red) | Puede haber limitaciones con respecto a los tipos de medicamentos cubiertos. Vea la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan para más información. También tiene cobertura para un suministro extendido de hasta 93 días de ciertos medicamentos de Nivel 1 y 2 de farmacias minoristas o de venta por correo de la red. Su copago será el mismo para un suministro de 31 días o de 93 días de medicamentos de Nivel 1 y 2. |

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|---|-------------------------------|--|---|
| Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación) | | Medicamentos de marca recetados de Nivel 3 no cubiertos por Medicare aprobados por Medi-Cal (estado) - Copago de \$0.00 (suministro máximo de 31 días en una farmacia minorista de la red) Medicamentos sin receta (OTC) de Nivel 4 no cubiertos por Medicare aprobados por Medi-Cal (estado) - Copago de \$0.00 (suministro máximo de 31 días en una farmacia minorista de la red) | |

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|---|-------------------------------|---|---|
| Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación) | | Los copagos por medicamentos recetados pueden variar según el nivel de ayuda adicional (Extra Help) que reciba. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan. | |

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|---|---|--|--|
| Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación) | Medicamentos sin receta (OTC) | \$0 | Puede haber limitaciones con respecto a los tipos de medicamentos cubiertos. Vea la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan para más información. Los medicamentos sin receta (OTC) se limitan a medicamentos OTC del Nivel 4 cubiertos por Medi-Cal y deben ser recetados por un proveedor autorizado. |
| | Medicamentos recetados de Medicare Parte B | \$0 | Los medicamentos de la Parte B incluyen los medicamentos que le entrega el médico en su consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se utilizan con ciertos equipos médicos. Lea el <i>Manual del miembro</i> para ver más información sobre estos medicamentos. |



| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|--|---|--|--|
| Necesita terapia después de un accidente cerebrovascular u otro tipo de accidente | Fisioterapia, terapia ocupacional o del habla | \$0 | Los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje necesarios por motivos médicos están cubiertos. Es posible que se apliquen normas de autorización y/o referido. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |
| Necesita atención de emergencia | Servicios en la sala de emergencias | \$0 | No se requiere autorización previa para la atención médica de emergencia dentro o fuera de la red cuando la necesite, en cualquier parte de Estados Unidos o sus territorios. Servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo hasta un límite combinado de \$10,000. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|--|-------------------------------|--|--|
| Necesita atención de emergencia (continuación) | Servicios de ambulancia | \$0 | No se requiere autorización previa para servicios de ambulancia de emergencia dentro y fuera de la red. Para servicios de ambulancia que no sean de emergencia, pueden aplicar requisitos de autorización. |
| | Atención de urgencia | \$0 | NO es atención de emergencia. Atención de urgencia es cuando una afección, enfermedad o lesión no amenaza la vida, pero se necesita atención médica de inmediato. Los servicios de atención de urgencia pueden obtenerse fuera de la red sin autorización previa. Servicios de atención de emergencia y urgencia cubiertos en todo el mundo hasta un límite combinado de \$10,000. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| Necesita atención hospitalaria | Hospitalización | \$0 | No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada hospitalización. Salvo en caso de una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será ingresado al hospital. Debe acudir a hospitales de la red. Se requiere autorización y/o referidos para hospitales dentro y fuera de la red. |
| | Atención de un médico o un cirujano | \$0 | La atención del médico y del cirujano se proporciona como parte de su hospitalización. |

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|---|---|--|--|
| Necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades de atención médica especiales | Servicios de rehabilitación | \$0 | Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje necesarios por motivos médicos están cubiertos. Es posible que se apliquen normas de autorización y/o referido. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar Es posible que se apliquen normas de autorización y/o referido. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |
| | Equipo médico para atención en el hogar | \$0 | Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |
| | Atención de enfermería especializada | \$0 | Centro de enfermería especializada (SNF) No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada estadía en un SNF. No se requiere hospitalización previa. Es posible que se apliquen normas de autorización y/o referido. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. Atención médica en el hogar (incluye atención de enfermería especializada intermitente necesaria por motivos médicos) Es posible que se apliquen normas de autorización y/o referido. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |

[?]

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|------------------------------------|-------------------------------|--|---|
| Necesita atención oftalmológica | Exámenes de la vista | \$0 | Exámenes de la vista necesarios por motivos médicos para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos, incluyendo un examen de detección de glaucoma anual para personas en riesgo. Es posible que se apliquen normas de autorización y/o referido. Un examen de la vista de rutina cada año. No se requiere autorización previa para servicios proporcionados por un proveedor contratado. |
| | Anteojos o lentes de contacto | \$0 | Un par de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto después de cirugía de cataratas. Es posible que se apliquen normas de autorización. Un par de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto cada dos años. \$100 de límite de cobertura del plan para accesorios ópticos suplementarios cada dos años. |

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|---|---|--|---|
| Necesita servicios auditivos o de la audición | Pruebas auditivas | \$0 | Se cubre un examen de detección auditivo de rutina por año de un proveedor de la red. Es posible que se apliquen normas de autorización y/o referido. |
| | Audífonos | \$0 | Asignación de \$1,510 para beneficio en audífonos, incluyendo el impuesto sobre las ventas, por año fiscal (1 de julio - 30 de junio), e incluye moldes, suministros para modificación y accesorios, y otros servicios cubiertos por Medi-Cal. Esta es la asignación total para ambos oídos. Pueden aplicar normas de referido. |
| Tiene una afección crónica, como | Servicios para ayudar a controlar su enfermedad | \$0 | Es posible que se apliquen normas de autorización y/o referido. |
| diabetes o enfermedad cardíaca | Suministros y servicios para la diabetes | \$0 | Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Capacitación sobre autocontrol de la diabetes • Suministros para control de la diabetes • Zapatos o plantillas terapéuticos Consulte el plan para obtener una lista de suministros cubiertos. Es posible que se apliquen normas de autorización. |

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|--|--|--|---|
| Tiene una afección de salud mental | Servicios de salud mental o del comportamiento | \$0 | Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Visita de terapia individual • Visita de terapia grupal • Visita para control de medicamentos con un psiquiatra u otra persona calificada y autorizada a dar recetas • Servicios del programa de hospitalización parcial Es posible que se apliquen normas de autorización y/o referido. |
| Tiene un problema de abuso de sustancias (continúa en la siguiente página) | Servicios de abuso de sustancias | \$0 | Atención durante una hospitalización: Incluye desintoxicación médica por trastorno por abuso de sustancias. No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada hospitalización. Salvo en caso de una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será ingresado al hospital. Es posible que se apliquen normas de autorización. |



| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|--|---|--|--|
| Tiene un problema de abuso de sustancias (continuación) | | | Tratamiento ambulatorio del trastorno por abuso de sustancias Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Visita individual de tratamiento ambulatorio del trastorno por abuso de sustancias por un profesional calificado autorizado • Visita grupal de tratamiento ambulatorio del trastorno por abuso de sustancias por un profesional calificado autorizado Es posible que se apliquen normas de autorización y/o referido. |
| Necesita servicios de salud mental a largo plazo | Atención como paciente hospitalizado para personas que necesitan atención de salud mental | \$0 | En la red Obtiene hasta 190 días de atención en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados de por vida. Los servicios en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados se cuentan para el límite de por vida de 190 días solo si se reúnen ciertas condiciones. Este límite no se aplica a servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados brindados en un hospital general. |

[?]

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|---|-------------------------------|--|---|
| Necesita servicios de salud mental a largo plazo (continuación) | | | El plan cubre 60 días de reserva de por vida. \$0 de copago por día de reserva de por vida. Salvo en caso de una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será ingresado al hospital. Es posible que se apliquen normas de autorización. Institución de servicios de enfermedades mentales para personas de 65 años de edad o mayores Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|---|----------------------------------|--|--|
| Necesita equipo médico duradero (DME) | Sillas de ruedas | \$0 | Se proporcionan cuando son necesarias por motivos médicos e indicadas por un proveedor autorizado. Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |
| | Nebulizadores | \$0 | Se proporcionan cuando son necesarios por motivos médicos e indicados por un proveedor autorizado. Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |
| | Muletas | \$0 | Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |
| | Bastones/andadores | \$0 | Se proporcionan cuando son necesarios por motivos médicos e indicados por un proveedor autorizado. Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |
| | Equipos y suministros de oxígeno | \$0 | Se proporcionan cuando son necesarios por motivos médicos e indicados por un proveedor autorizado. Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|---------------------------------------|--|--|--|
| Necesita ayuda para vivir en su hogar | Comidas entregadas en su hogar | \$0 | Usted puede tener cubierto este servicio si cumple los requisitos de elegibilidad del estado. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |
| | Servicios en el hogar, como limpieza o tareas domésticas | \$0 | Usted puede tener cubierto este servicio si cumple los requisitos de elegibilidad del estado. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |
| | Adaptaciones en su hogar, como rampas y acceso para silla de ruedas | \$0 | Usted puede tener cubierto este servicio si cumple los requisitos de elegibilidad del estado. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |
| | Capacitación para ayudarlo a obtener trabajos remunerados o no remunerados | \$0 | Usted puede tener cubierto este servicio si cumple los requisitos de elegibilidad del estado. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |
| | Servicios de atención médica en el hogar | \$0 | Usted puede tener cubierto este servicio si cumple los requisitos de elegibilidad del estado. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|--|---|--|--|
| Necesita ayuda para vivir en su hogar (continuación) | Servicios para ayudarlo a vivir de manera independiente | \$0 | Usted puede tener cubierto este servicio si cumple los requisitos de elegibilidad del estado. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |
| | Servicios diurnos para adultos u otros servicios de apoyo | \$0 | Usted puede tener cubierto este servicio si cumple los requisitos de elegibilidad del estado. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |
| Necesita un lugar para vivir donde haya personas disponibles para ayudarle | Vivienda asistida u otros servicios de vivienda | \$0 | Usted puede tener cubierto este servicio si cumple los requisitos de elegibilidad del estado. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |
| | Atención en un asilo de ancianos | \$0 | Usted puede tener cubierto este servicio si cumple los requisitos de elegibilidad del estado. Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles. |

| Necesidad o problema de salud | Servicios que puede necesitar | Sus costos para proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre beneficios) |
|-----------------------------------|-------------------------------|--|--|
| Su cuidador necesita tiempo libre | Atención de relevo | \$0 | Usted puede tener cubierto este servicio si cumple los requisitos de elegibilidad del estado. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |

D. Otros servicios que cubre Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para los Miembros o lea el *Manual del miembro* para obtener información sobre otros servicios cubiertos.

*Es posible que se apliquen normas de autorización y/o referido. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles.

| Otros servicios cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan* | Sus costos con proveedores dentro de la red |
|--|---|
| Evaluación integral de salud: Los miembros reciben un examen de salud completo de un enfermero especialmente capacitado. El enfermero conversará sobre opciones de tratamiento y atención de seguimiento para ayudarle a manejar su salud. | \$0 |
| Evaluación integral de salud : Los miembros reciben un chequeo anual de pies a cabeza. Esto incluye un examen físico, un chequeo del nivel de dolor, laboratorios y más. | \$0 |



| Otros servicios cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan* | Sus costos con proveedores dentro de la red |
|--|---|
| Programa para el manejo de la diabetes: Este programa puede ayudarle a aprender cómo controlar sus niveles de azúcar en la sangre. Como parte del programa, usted tendrá acceso a una línea de ayuda gratuita, y clases de ejercicios y alimentación saludable. Se invita a participar a todos los miembros que tienen diabetes. | \$0 |
| Programa de hipertensión: Este programa ayuda a los miembros a aprender acerca de la hipertensión arterial y cómo monitorear su presión arterial. Los miembros también reciben chequeos de bienestar frecuentes. | \$0 |
| Programa de terapia anticoagulación: Este programa es para miembros que toman medicamentos adelgazantes de la sangre. Como parte del programa, los miembros aprenden los efectos secundarios de los medicamentos y cómo tomarlos correctamente. | \$0 |
| Programa de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC): Le ayudamos a aprender cómo evitar que la ICC empeore. Trabajamos con usted para ayudarle a estar lo más sano posible. Se invita a participar a todos los miembros que tienen ICC. | \$0 |
| Programa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): Como parte del programa, usted recibirá herramientas que pueden ayudarle a vivir de manera más saludable con la EPOC. Esto puede ayudarle a evitar visitas frecuentes al hospital debido a problemas con la EPOC. Se invita a participar a todos los miembros que tienen EPOC. | \$0 |

| Otros servicios cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan* | Sus costos con proveedores dentro de la red |
|---|---|
| Programa de vida ideal: Como parte de este programa, usted puede recibir aparatos electrónicos que puede usar en el hogar para monitorear su afección. Estos aparatos de monitoreo enviarán información a su enfermero. El enfermero revisará la información que recibe para asegurarse de que usted esté bien. Este programa es para miembros que tienen CHF y/o hipertensión arterial. Usted debe calificar para recibir estos aparatos de monitoreo. | \$0 |
| Servicios de podología | \$0 Hay límites en las visitas de podología para cuidado de los pies necesario por motivos médicos. \$0 por 12 visitas al año para cuidado de los pies de rutina. Es |
| | posible que se apliquen normas de autorización. |
| LiveHealth Online | Visita livehealthonline.com para realizar una consulta interactiva de video en vivo con un médico participante certificado por la junta médica o un psicólogo o terapeuta autorizado. |
| Acupuntura | \$0 Limitado a dos servicios ambulatorios por mes calendario, brindado por proveedores aprobados. Se aplican normas de autorización para visitas adicionales necesarias por motivos médicos. |

| Otros servicios cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan* | Sus costos con proveedores dentro de la red |
|---|---|
| Servicios quiroprácticos | \$0 Las visitas quiroprácticas se limitan a manipulación manual de la columna para corregir subluxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo). Es posible que se apliquen normas de autorización y/o referido. |
| Dispositivos protésicos | \$0 Se aplican normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |
| Crema y pañales para la incontinencia | \$0 Se aplican normas de autorización. |
| Enfermedad y afecciones renales | \$0 La diálisis en un centro o en el hogar se cubre cuando es indicada por un proveedor autorizado. Es posible que se apliquen normas de autorización y/o referido. |
| Asesoramiento para dejar de fumar para mujeres embarazadas | \$0 Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |

[?]

| Otros servicios cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan* | Sus costos con proveedores dentro de la red |
|---|---|
| Servicios de educación y bienestar y otros beneficios y servicios complementarios | \$0 El plan cubre los siguientes programas de bienestar y educación complementarios: Servicios y programas de educación de salud y bienestar, que incluyen: Asesoramiento sobre nutrición Visitas para dejar de fumar y usar tabaco 24-hour Nurse Advice Call Line |
| Servicios en un asilo de ancianos | \$0 Es posible que se apliquen normas de autorización y/o referido. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |
| Administración de casos | \$0 Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. |

[?]

| Otros servicios cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan* | Sus costos con proveedores dentro de la red |
|--|--|
| Servicios para residentes de centros de enfermería | \$0 para: Atención quiropráctica y cuidado de los pies para residentes de centros de enfermería Atención de la vista y dental para residentes de centros de enfermería Acupuntura para residentes de centros de enfermería Exámenes auditivos y audífonos para residentes de centros de enfermería Es posible que se apliquen normas de autorización y/o referido. Póngase en contacto con el plan para obtener |
| Programa Multipropósito de Servicios para Personas de la Tercera Edad (MSSP) | \$0 Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. \$4,285 de límite de cobertura del plan para el Programa Multipropósito de Servicios para Personas de la Tercera Edad (MSSP) cada año. Es posible que se apliquen normas de autorización y/o referido. |

[?]

| Otros servicios cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan* | Sus costos con proveedores dentro de la red |
|--|--|
| Entrega de comidas | \$0 Usted puede calificar para este servicio después del alta del hospital si: Está confinado en el hogar y está en riesgo Tiene problemas para preparar alimentos y no tiene a nadie para ayudarle en su hogar Cubre hasta 2 comidas por día durante 7 días de comidas/planeación. © Es posible que se requiera autorización previa. |
| Institución de servicios de enfermedades mentales para personas de 65 años de edad o mayores | Usted puede tener cubierto este servicio si cumple los requisitos de elegibilidad del estado. Es posible que se requiera un referido del médico y autorización previa. |

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

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para los Miembros para saber qué otros servicios no están cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan pero están disponibles a través de Medicare o Medi-Cal.

| Otros servicios cubiertos por Medicare o Medi-Cal | Sus costos |
|--|--|
| Algunos servicios de atención para enfermos terminales | \$0 |
| Servicios de coordinación previos a la transición y servicios posteriores a la transición del proyecto Transiciones a la comunidad de California (CCT) | \$0 |
| Ciertos servicios odontológicos, como radiografías, limpiezas, empastes, tratamientos de conducto, extracciones, coronas y dentaduras | Los servicios cubiertos por Denti-Cal, el programa odontológico de Medi-Cal, no tienen costo alguno para usted. Sin embargo, sí debe pagar su parte del costo, si corresponde. Usted debe pagar los servicios que su plan o Denti-Cal no cubren. |

F. Servicios que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, Medicare y Medi-Cal no cubren

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para los Miembros para averiguar sobre otros servicios excluidos.

Servicios sin cobertura de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, Medicare o Medi-Cal

Servicios no razonables o innecesarios de acuerdo con los estándares de Medicare y Medi-Cal, a menos que estos servicios estén listados por nuestro plan como servicios cubiertos.

Tratamientos quirúrgicos y médicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que los cubra Medicare o un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que, en general, no son aceptados por la comunidad médica.



Servicios sin cobertura de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, Medicare o Medi-Cal

Procedimientos o servicios de mejora programados o voluntarios (incluidos pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, antienvejecimiento y rendimiento mental), a menos que se consideren necesarios por motivos médicos.

Cirugía estética u otro tipo de trabajo estético, a menos que sea debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo deformada. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para lograr simetría.

Reversión del procedimiento de esterilización y suministros anticonceptivos no recetados.

G. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, usted tiene ciertos derechos. Puede ejercer estos derechos sin ser sancionado. También puede ejercer estos derechos sin perder sus servicios de atención médica. Le informaremos sobre sus derechos, al menos, una vez por año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea el *Manual del miembro*. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Tiene derecho al respeto, la justicia y la dignidad. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Obtener servicios cubiertos sin inconvenientes por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética, capacidad de pago o capacidad para hablar en inglés.
 - Recibir información en otros formatos (por ejemplo, letra grande, Braille o audio).
 - No ser sometido a ninguna forma de restricción o reclusión física.

- No recibir facturas de los proveedores de la red.
- Recibir respuestas a sus preguntas e inquietudes de forma completa y cortés.
- Tiene derecho a obtener información sobre su atención médica. Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamientos. Esta información debe estar en un formato que usted pueda comprender. Estos derechos incluyen la obtención de información sobre lo siguiente:
 - Descripción de los servicios que cubrimos.
 - Cómo obtener servicios.
 - Cuánto le costarán los servicios.



- Nombres de los proveedores de atención médica y encargados de la atención.
- Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención, incluso a rechazar el tratamiento. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y cambiar de PCP en cualquier momento durante el año.
 - Consultar a un proveedor de atención médica de la mujer sin un referido.
 - O Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos con rapidez.
 - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de su precio o de si están cubiertas.
 - Rechazar un tratamiento, incluso si su médico le aconseja lo contrario.
 - Dejar de tomar medicamentos.
 - Pedir una segunda opinión. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan pagará el costo de su visita para segunda opinión.
 - Crear y aplicar directivas anticipadas, por ejemplo, a través de un testamento o un apoderado para cuestiones de atención médica.
- Tiene derecho a acceder oportunamente a la atención sin barreras de comunicación ni de acceso físico. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Recibir atención médica de manera oportuna.
 - Entrar al consultorio de un proveedor de atención médica y

- salir de este. Esto significa que debe haber un acceso libre de obstáculos para las personas con discapacidades, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
- Recibir ayuda de intérpretes para comunicarse con sus médicos y el plan de salud. Llame al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. si necesita ayuda con este servicio.
- Tiene derecho a obtener atención de emergencia y de urgencia cuando la necesite. Esto significa que usted tiene el derecho a:
 - Recibir servicios de emergencia las 24 horas, los siete días de la semana, sin aprobación previa en una emergencia.
 - Consultar a un proveedor de atención de urgencia o emergencia fuera de la red cuando sea necesario.
- Tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Solicitar y obtener una copia de sus registros médicos en un formato en el que pueda comprenderlos y a pedir que se modifiquen o se corrijan.
 - Que su información personal de salud se mantenga confidencial.
- Tiene derecho a presentar reclamos sobre sus servicios o su atención cubiertos. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Presentar un reclamo o una queja contra nosotros o nuestros proveedores. También tiene derecho a apelar determinadas



- decisiones tomadas por nosotros o nuestros proveedores.
- Solicitar una revisión médica independiente de los servicios o artículos de Medi-Cal que sean de naturaleza médica ante el California Department of Managed Health Care.
- Solicitar una audiencia estatal imparcial al estado de California.
- Conocer el motivo por el que se rechazaron los servicios en detalle.

Para más información sobre sus derechos, puede leer el *Manual del miembro* de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicios para los Miembros de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

H. Cómo presentar un reclamo o apelar un servicio denegado

Si tiene un reclamo o piensa que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan debe cubrir algo que denegamos, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Usted podría apelar nuestra decisión.

Por preguntas sobre reclamos y apelaciones, puede leer el Capítulo 9 del *Manual del miembro* de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. También puede llamar a Servicios para los Miembros de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Puede presentar apelaciones y quejas por escrito:

Correo:

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Attn: Medicare Complaints, Appeals and Grievances 4361 Irwin Simpson Road Mail Location OH0205-A537 Mason, OH 45040

O envíe por fax su apelación al 1-888-458-1406.



I. Qué debe hacer si sospecha de la existencia de fraude

La mayoría de los profesionales y las organizaciones de atención médica que proporcionan servicios son honestos. Lamentablemente, es posible que existan algunos deshonestos.

Si cree que un médico, un hospital o una farmacia está actuando de manera inapropiada, póngase en contacto con nosotros.

- Llámenos a Servicios para los Miembros de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Los números de teléfono se encuentran en la portada de este resumen.
- O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- O bien, llame a la Línea Directa para Fraude y Abuso del California Department of Health Care Services al 1-800-822-6222.
- O bien, llame al Department of Justice Office of the Attorney General Bureau of Medi-Cal Fraud & Elder Abuse al 1-800-722-0432. Su llamada es gratuita y confidencial.

¿Tiene alguna pregunta?

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



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