Santa Clara County, CA
2022

Resumen de beneficios

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

Anthem BlueCross

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

H6229_22_3000348_U_SP CMS Accepted 9/5/2021

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan): Resumen de beneficios 2022

H6229_22_3000348_U_SP CMS Accepted 9/5/2021 1034040CASSPABC

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Contiene respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una visión general 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 11

D. Servicios cubiertos fuera de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 40

E. Servicios que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, Medicare y Medi-Cal no cubren 41

F. Sus derechos como miembro del plan 42

G. Cómo presentar un reclamo o apelar un servicio denegado 44

H. Qué debe hacer si sospecha de la existencia de fraude 46

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan): Resumen de beneficios 2022

A. Descargos de responsabilidad

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan para 2022. Es solo un resumen. Lea el *Manual del miembro* para ver la lista completa de beneficios. Puede solicitar el *Manual del miembro* llamando a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. También puede consultarlo en **duals.anthem.com** o descargarlo de este sitio web.

- Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan médico que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal.
- Con Anthem Blue Cross Cal MediConnect puede recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan médico. Un administrador de casos de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan le brindará asistencia con sus necesidades de atención de la salud.
- 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 from 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.

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

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

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

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan): Resumen de beneficios 2022

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

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 administradores de casos 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 administrador de casos de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan?	Un administrador de casos 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 apoyo a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS)?	Los LTSS están destinados a los miembros que necesitan asistencia para realizar tareas diarias, como bañarse, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se proporcionan en su casa o en su comunidad, pero podrían proporcionarse en un hogar de ancianos o en un hospital. Los LTSS incluyen los siguientes programas: Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (Community-Based Adult Services, CBAS) y cuidado especializado de enfermería a largo plazo proporcionado por centros de enfermería (Nursing Facilities, NF).

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan): Resumen de beneficios 2022

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Recibiré los mismos beneficios que recibo actualmente de Medicare y Medi-Cal en el 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 elaborar un plan de atención individualizado que refleje sus preferencias y metas personales a fin de abordar sus necesidades de salud y de apoyo. Además, si toma algún medicamento recetado de Medicare Parte D que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan normalmente no cubre, puede recibir un suministro temporal, y lo ayudaremos a cambiar de medicamento y a obtener una excepción para que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cubra su medicamento si es médicamente necesario.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan): Resumen de beneficios 2022

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Puedo seguir atendiéndome con mis médicos actuales?	Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos los médicos y las 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 acudir a los proveedores de la red de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.** • Si necesita recibir atención de emergencia o de urgencia, o servicios de diálisis fuera del área, puede acudir a proveedores fuera del plan de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Para saber si sus médicos están en la red del plan, llame a Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan que se encuentra en el sitio web del plan: **duals.anthem.com.** Si Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan es nuevo para usted, trabajaremos con usted para elaborar un plan de atención individualizado que aborde sus necesidades. Usted puede continuar viendo a los médicos que ve ahora durante 12 meses para servicios cubiertos por Medicare y durante 12 meses para servicios cubiertos por Medi-Cal. Comuníquese con Servicios para Miembros para solicitar la "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.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan): Resumen de beneficios 2022

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie de la red de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan puede prestarlo?	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 fuera de la red.
¿Dónde se encuentra 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 inscribirse en el plan.
¿Debo pagar un monto mensual (también llamado 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 médica.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan): Resumen de beneficios 2022

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿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 específicos o acudir a un proveedor fuera de la red. Es posible que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan no cubra el servicio ni el medicamento si usted no obtiene aprobación. Si necesita recibir atención de urgencia o emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener la aprobación primero. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan puede proporcionarle una lista de servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga autorización previa de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan antes de que el servicio sea proporcionado. Consulte el capítulo 3 del *Manual del miembro* para conocer más sobre la autorización previa. Consulte el cuadro de beneficios de la sección D del capítulo 4 del *Manual del miembro* para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.
¿Qué es una remisión?	Una remisión significa que su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) debe darle su aprobación antes de que pueda consultar a otra persona que no sea su PCP o acudir a otros proveedores de la red del plan. Si no obtiene aprobación, es posible que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a determinados especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Para conocer más sobre cuándo se requiere una remisión del PCP, consulte el capítulo 3 del *Manual del miembro*.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan): Resumen de beneficios 2022

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Qué es la Ayuda Extra (Extra Help)?	La 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”. Sus copagos por medicamentos recetados conforme a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ya incluyen el monto de Ayuda Extra (Extra Help) para el que usted califica. Para obtener más información sobre la Ayuda Extra (Extra Help) comuníquese con la Oficina del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
¿Con quién debo comunicarme si tengo preguntas o necesito ayuda? (continúa en la página siguiente)	**Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o tarjetas de identificación del miembro, llame a Servicios para Miembros de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan:** **LLAME AL:** **1-855-817-5785** Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Hay servicio de mensajería fuera del horario comercial disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, incluso los días feriados. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés. **TTY** **711** Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan): Resumen de beneficios 2022

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Con quién debo comunicarme si tengo preguntas o necesito ayuda? (continuación de la página anterior)	**Si tiene preguntas sobre su salud, llame a la Línea de Enfermería 24/7:** **LLAME AL:** **1-800-224-0336** Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana, incluso los días feriados. **TTY** **711** Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana, incluso los días feriados. **Si necesita servicios inmediatos de salud del comportamiento, llame a la Behavioral Health Crisis Line:** **LLAME AL:** **1-855-278-4204** Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana, incluso los días feriados. **TTY** **711** Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana, incluso los 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 (normas acerca de los beneficios)
Necesita un médico (este servicio continúa en la página siguiente)	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	$0	Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales de la red. Es posible que se apliquen normas de autorización. Se requiere remisión para especialistas (para ciertos beneficios).
	Visitas de bienestar, como un examen físico	$0	Visita anual de bienestar cada 12 meses.
	Transporte al consultorio de un médico	$0	**Transporte no médico (Non-Medical Transportation, 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 la ubicación de los proveedores. **Transporte médico que no es de emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT):** proporciona opciones de transporte para aquellas personas que no puedan ser trasladadas a través de medios tradicionales de transporte y/o a solicitud del proveedor o del administrador de casos.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan): Resumen de beneficios 2022

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Necesita 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 remisión para especialistas de la red (para ciertos beneficios).
	Atención para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales	$0	Para todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare.
	Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (solo una vez)	$0	Durante los primeros 12 meses de tener su nueva cobertura de la Parte B, puede obtener una visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” o una visita anual de bienestar. Después de los primeros 12 meses, puede realizar una visita anual de bienestar.
Necesita exámenes médicos	Pruebas de laboratorio, como análisis de sangre	$0	Es posible que se apliquen normas de autorización.
	Radiografías u otras imágenes, como tomografías	$0	Es posible que se apliquen normas de autorización.
	Exámenes médicos, como pruebas de detección de cáncer	$0	Es posible que se apliquen normas de autorización.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan): Resumen de beneficios 2022

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (ese servicio continúa en la página siguiente)	Medicamentos genéricos (que no son de marca)	Copago de $0 a $3.95 por un suministro máximo para 93 días de medicamentos genéricos cubiertos de la Parte D. Copago de $0 por medicamentos de marca y genéricos preferidos de Nivel 1 de Medicare Parte D (suministro máximo para 93 días en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red). Copago de $0 a $3.95 por medicamentos genéricos y de marca preferida y no preferida de Nivel 2 de Medicare Parte D (suministro máximo para 93 días en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red).	Puede haber limitaciones con respecto a los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan para obtener más información. También tiene cobertura para un suministro máximo extendido para 93 días de ciertos medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 en farmacias minoristas o de pedido por correo de la red. Su copago será el mismo para un suministro para 31 días o para 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 (normas acerca de los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)	Medicamentos genéricos (que no son de marca)	Copago de $0 por medicamentos recetados de marca y genéricos de Nivel 3 de Medi-Cal aprobados por el estado (suministro máximo para 31 días en una farmacia minorista de la red). Copago de $0 por medicamentos de venta libre (OTC) de Nivel 4 de Medi-Cal aprobados por el estado que requieren una receta de su proveedor (suministro máximo para 31 días en una farmacia minorista de la red). Los copagos por medicamentos recetados pueden variar según el nivel de Ayuda Extra (Extra Help) que reciba. Para obtener más detalles, comuníquese 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 (normas acerca de los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)	Medicamentos de marca	Copago de $0 a $9.85 por un suministro máximo para 93 días de medicamentos de marca cubiertos de la Parte D. Copago de $0 por medicamentos de marca y genéricos preferidos de Nivel 1 de Medicare Parte D (suministro máximo para 93 días en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red) Copago de $0 a $9.85 por medicamentos genéricos y de marca preferida y no preferida de Nivel 2 de Medicare Parte D (suministro máximo para 93 días en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red).	Puede haber limitaciones con respecto a los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan para obtener más información. También tiene cobertura para un suministro máximo extendido para 93 días de ciertos medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 en farmacias minoristas o de pedido por correo de la red. Su copago será el mismo para un suministro para 31 días o para 93 días de medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)	Medicamentos de marca	Copago de $0 por medicamentos recetados de marca y genéricos de Nivel 3 de Medi-Cal aprobados por el estado (suministro máximo para 31 días en una farmacia minorista de la red). Copago de $0 por medicamentos de venta libre (OTC) de Nivel 4 de Medi-Cal aprobados por el estado que requieren una receta de su proveedor (suministro máximo para 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 (normas acerca de los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)	Medicamentos de marca	Los copagos por medicamentos recetados pueden variar según el nivel de Ayuda Extra (Extra Help) que reciba. Para obtener más detalles, comuníquese con el plan.	
	Medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC)	$0	Puede haber limitaciones con respecto a los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan para obtener más información. Los medicamentos OTC se limitan a medicamentos OTC del Nivel 4 cubierto por Medi-Cal y deben ser recetados por un proveedor certificado.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan): Resumen de beneficios 2022

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)	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 *Manual del miembro* para obtener más información sobre estos medicamentos. Es posible que se apliquen normas de autorización.
Necesita terapia después de un accidente cerebrovascular u otro tipo de accidente	Fisioterapia, terapia ocupacional o del habla	$0	Los servicios de terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje que sean médicamente necesarios están cubiertos. Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan): Resumen de beneficios 2022

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Necesita atención de emergencia (este servicio continúa en la página siguiente)	Servicios en la sala de emergencias	$0	No se requiere autorización para la atención médica de emergencia dentro o fuera de la red cuando la necesite, en cualquier parte de Estados Unidos o sus territorios. Los servicios de atención urgente y de emergencia están cubiertos en todo el mundo hasta un límite combinado de $10,000. Este límite solo se aplica a los servicios prestados fuera de los Estados Unidos. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles.
	Servicios de ambulancia	$0	No se requiere autorización para servicios de ambulancia de emergencia dentro y fuera de la red. Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Necesita atención de emergencia (continuación)	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. Los servicios de atención de urgencia y de emergencia están cubiertos en todo el mundo hasta un límite combinado de $10,000. Este límite solo se aplica a los servicios prestados fuera de los Estados Unidos. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles.
Necesita atención hospitalaria (este servicio continúa en la página siguiente)	Hospitalización	$0	No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada hospitalización. Se aplican normas de autorización. Debe acudir a hospitales de la red. Salvo en caso de una emergencia, su médico debe informar al plan si se hospitaliza.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Necesita atención hospitalaria (continuación)	Atención de un médico o un cirujano	$0	La atención del médico y del cirujano se proporciona como parte de su hospitalización. Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles.
Necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades de atención médica especiales (esta sección continúa en la página siguiente)	Servicios de rehabilitación	$0	**Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios** Los servicios de terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje que sean médicamente necesarios están cubiertos. Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. **Servicios de rehabilitación cardiaca y pulmonar** 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 (normas acerca de los beneficios)
Necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades de atención médica especiales (continuación)	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.
	Cuidado especializado de enfermería	$0	**Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, 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. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles. **Atención médica en el hogar (incluye cuidado especializado de enfermería intermitente médicamente necesaria)** 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 (normas acerca de los beneficios)
Necesita atención de los ojos	Exámenes de la vista	$0	Exámenes de la vista médicamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares, incluida una prueba de detección del glaucoma anual para personas en riesgo. Es posible que se apliquen normas de autorización. Un examen de la vista de rutina cada año. No se requiere autorización para servicios prestados 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. Límite de cobertura de $100 del plan para anteojos 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 (normas acerca de los beneficios)
Necesita servicios auditivos o de la audición	Exámenes de diagnóstico de audición	$0	Se cubre un examen de diagnóstico de audición de rutina por año de un proveedor de la red. Es posible que se apliquen normas de autorización.
	Dispositivos para la audición	$0	Asignación de $1,510 para beneficio en audífono, incluido el impuesto a la venta, por año fiscal (del 1.º de julio al 30 de junio), e incluye moldes, suministros para modificación y accesorios, y otros servicios cubiertos por Medi-Cal. Este es una asignación total para ambos oídos. Es posible que se apliquen normas de autorización.
Tiene una afección crónica, como diabetes o una enfermedad cardíaca (esta sección continúa en la página siguiente)	Servicios para ayudar a controlar su enfermedad	$0	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 (normas acerca de los beneficios)
Tiene una afección crónica, como diabetes o una enfermedad cardíaca (continuación)	Suministros y servicios para la diabetes	$0	Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Entrenamiento de autoadministración para la diabetes • Suministros para el control de la diabetes • Zapatos o accesorios terapéuticos Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles.
Tiene una afección de salud mental	Servicios de salud mental o del comportamiento	$0	Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Visita de terapia individual • Visita de terapia grupal • Consulta para administración de medicamentos con un psiquiatra u otro emisor de recetas autorizado • Servicios del programa de hospitalización parcial 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 (normas acerca de los beneficios)
Tiene un problema de abuso de sustancias	Servicios para abuso de sustancias	$0	**Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados** Incluye desintoxicación médica a causa de 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 si se hospitaliza. Es posible que se apliquen normas de autorización. **Tratamiento ambulatorio del trastorno por abuso de sustancias** Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Visita individual de tratamiento ambulatorio del trastorno por abuso de sustancias por un profesional calificado y certificado • Visita grupal de tratamiento ambulatorio del trastorno por abuso de sustancias por un profesional calificado y certificado 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 (normas acerca de los beneficios)
Necesita servicios de salud mental a largo plazo	Atención como paciente hospitalizado para personas que necesitan atención de salud mental	$0	**Dentro de la red** Obtiene hasta 190 días de atención de por vida en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico 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 internados brindados en un hospital general. 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 si se hospitaliza. Se aplican normas de autorización. **Institución de Servicios para Enfermedades Mentales para individuos de 65 años o más** 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 (normas acerca de los beneficios)
Necesita equipo médico duradero (durable medical equipment, DME)	Sillas de ruedas	$0	Se proporcionan cuando son médicamente necesarios e indicados por un proveedor certificado. Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles.
	Nebulizadores	$0	Se proporcionan cuando son médicamente necesarios e indicados por un proveedor certificado. 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.
	Andadores	$0	Se proporcionan cuando son médicamente necesarios e indicados por un proveedor certificado. 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 médicamente necesarios e indicados por un proveedor certificado. 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 (normas acerca de los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en su hogar (este servicio continúa en la página siguiente)	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 sillas 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.
	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.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en su hogar (continuación)	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 de un hogar 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 detalles.
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.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan): Resumen de beneficios 2022

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (este servicio continúa en la página siguiente)	Evaluación integral de la salud	$0	Los miembros reciben un examen de salud completo de un enfermero especialmente capacitado en centros de atención designados. El enfermero conversará sobre opciones de tratamiento, incluida la inscripción en programas especiales, para ayudarle a manejar su salud. Este examen anual de pies a cabeza se realiza una vez por año e incluye un examen físico, una verificación del nivel de dolor, análisis de laboratorio y más. Por medio de este examen anual, queremos ayudarlo a mantenerse sano. Puede contactar a Servicios para Miembros para obtener más información.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación)	Programa de manejo de la diabetes	$0	Este programa puede ayudarle a aprender cómo controlar sus niveles de azúcar en la sangre a fin de controlar la diabetes. Como parte del programa, usted tendrá acceso a una línea de ayuda gratuita, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, para obtener ayuda en caso de que necesite recibir atención de urgencia, programas de ejercicio y asesoramiento sobre nutrición para los miembros que necesiten apoyo adicional. El objetivo del programa es brindarle ayuda para mantenerse sano y evitar complicaciones a causa de la diabetes. El programa está disponible en centros de atención designados. Contacte a Servicios para Miembros para obtener más información.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación)	Programa para la hipertensión	$0	Este programa le brinda información sobre la presión arterial alta y los cambios saludables que puede implementar en su estilo de vida para controlarse la presión arterial. Para que pueda mantener la presión arterial dentro de los valores deseados, recibirá chequeos de bienestar frecuentes. El programa está disponible en centros de atención designados. Contacte a Servicios para Miembros para obtener más información.
	Programa de terapia de anticoagulación	$0	Este programa es para miembros que toman medicamentos anticoagulantes. Como parte del programa, los miembros aprenden acerca de los efectos secundarios de los medicamentos y cómo tomar el medicamento correctamente. El programa está disponible en centros de atención designados. Contacte a Servicios para Miembros para obtener más información.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación)	Programa de insuficiencia cardíaca congestiva (Congestive Heart Failure, CHF)	$0	Como parte del programa, usted aprenderá a evitar que la CHF empeore. Trabajamos con usted para que esté lo más sano posible. Se invita a participar a todos los miembros que tienen CHF. El programa está disponible en centros de atención designados. Contacte a Servicios para Miembros para obtener más información.
	Programa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	$0	Como parte del programa, usted recibirá herramientas para que pueda vivir de manera más saludable con la EPOC. Esto puede evitar visitas frecuentes al hospital debido a problemas con la EPOC. Se invita a participar a todos los miembros que tienen EPOC. El programa está disponible en centros de atención designados. Contacte a Servicios para Miembros para obtener más información.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación)	Programa Ideal life	$0	Como parte de este programa, usted puede recibir aparatos electrónicos para usar en el hogar a fin de controlar su afección. Estos aparatos de monitoreo enviarán información a su enfermero. El enfermero revisará la información que reciba para asegurarse de que usted esté bien. Este programa es para miembros que tienen CHF y/o presión arterial alta. Usted debe calificar para recibir estos aparatos de monitoreo. El programa está disponible en centros de atención designados. Contacte a Servicios para Miembros para obtener más información.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación)	Entrenamiento y fortalecimiento físico	$0	Este programa ofrece programas de ejercicio presenciales o virtuales para ayudarlo a mantenerse en forma. Al comenzar el programa se realiza una evaluación a fin de elaborar un plan de ejercicio personal que incluya sus objetivos específicos de acondicionamiento físico. Tendrá acceso a clases grupales de ejercicio a pedido y en directo grabadas en video a las que podrá acceder desde la comodidad de su casa. Los miembros también tienen acceso a sesiones presenciales y a clases en grupos reducidos, que están disponible con cita previa en determinados lugares.
	Servicios de podología	$0	Hay límites en las visitas de podología para el cuidado de los pies necesario por motivos médicos. 12 visitas por año para la atención de rutina de los pies. 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 (normas acerca de los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación)	LiveHealth® Online	$0	Para realizar una consulta interactiva a través de video de dos vías con un médico participante certificado por el Colegio de Médicos o con un psicólogo o terapeuta certificados, visite **livehealthonline.com**.
	Acupuntura	$0	Limitado a dos servicios ambulatorios por mes calendario si fueran médicamente necesarios. Deben ser prestados por proveedores aprobados. Pueden cubrirse visitas adicionales para el dolor de espalda crónico. Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles. 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 (normas acerca de los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación)	Servicios de quiropráctica	$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.
	Dispositivos prostéticos	$0	Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles.
	Cremas y pañales para la incontinencia	$0	Es posible que se apliquen normas de autorización.
	Enfermedades y afecciones renales	$0	La diálisis en un centro o en el hogar se cubre cuando es indicada por un proveedor certificado. Es posible que se apliquen normas de autorización.
	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.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación)	Programa de comidas (posterior a la hospitalización)	$0	Usted puede calificar para este servicio después del alta del hospital si: • está confinado en el hogar y está en riesgo, o • tiene dificultades para prepararse la comida y no tiene a nadie que le brinde ayuda en el hogar. Cubre hasta dos comidas por día durante siete días de comidas/planeación. Es posible que se apliquen normas de autorización.

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

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para Miembros para saber qué otros servicios no están cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, pero sí 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 programa de Transiciones a la Comunidad de California (California Community Transitions, CCT)	$0
Ciertos servicios dentales, como radiografías, limpiezas, empastes, tratamientos de conducto, extracciones, coronas y dentaduras postizas	Los servicios cubiertos por el programa odontológico de Medi-Cal no tienen costo alguno para usted. Sin embargo, sí debe pagar su parte del costo si correspondiera. Usted debe pagar los servicios que su plan o el programa odontológico de Medi-Cal no cubran.

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

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para 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, y 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.
Procedimientos o servicios de mejora programados o voluntarios (incluidos bajar de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, antienvejecimiento y rendimiento mental), a menos que se consideren médicamente necesarios.
Cirugía cosmética 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.

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, usted tiene determinados 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 tratamiento. 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 administradores de la atención.
- **Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención, incluso a rechazar el tratamiento.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
  - Elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) y cambiar de PCP en cualquier momento durante el año.
  - Consultar a un proveedor de cuidados médicos de la mujer sin una remisión.

- 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 obtener una segunda opinión.
- Crear y aplicar directivas anticipadas, por ejemplo, a través de un testamento o un poder 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 para Estadounidenses con Discapacidades.
  - Recibir ayuda de intérpretes para comunicarse con sus médicos y el plan médico. 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 urgente y de emergencia cuando la necesite.** Esto significa que usted tiene el derecho a:
  - Recibir servicios de emergencia las 24 horas, los 7 días de la semana, sin autorización previa en el caso de una emergencia.
  - Acudir a un proveedor de cuidados médicos para recibir 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 expedientes 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 ante el California Department of Managed Health Care (DMHC). El DMHC tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con discapacidad auditiva o del habla. El sitio web del DMHC (www.dmhc.ca.gov) tiene formularios de reclamos, formularios de solicitud de revisión médica independiente (IMR) e instrucciones en línea. 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 imparcial al estado de California.
- Conocer en detalle el motivo por el que se rechazaron los servicios.

Para obtener 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 Miembros de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

G. Cómo presentar un reclamo o apelar un servicio denegado

Si tiene un reclamo o considera 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. Es posible que pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene 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 Miembros de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Puede presentar apelaciones y quejas formales por escrito.

Envíelas por correo a:

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

Usted puede solicitar una revisión médica independiente (IMR) de parte del Centro de Ayuda del California Department of Managed Health Care (DMHC). Puede disponer de una IMR para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión de su caso realizada por médicos que no forman parte de nuestro plan. Si la IMR se decide a su favor, debemos darle el servicio o artículo que solicitó. La IMR no tiene ningún costo para usted.

En la mayoría de los casos, usted debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Debe **solicitar una IMR en el plazo de 6 meses** luego de que enviemos una decisión por escrito sobre su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después del plazo de 6 meses por motivos válidos, por ejemplo, si usted tuvo una afección que le impidió solicitar la IMR en el plazo de los 6 meses o si no se le notificó de manera adecuada sobre el proceso de IMR.

Para pedir una IMR:

- Complete el Formulario de reclamo/solicitud de revisión médica independiente que se encuentra disponible en el siguiente sitio web: 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 los tiene, adjunte copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que denegamos. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de documentos, no originales. El Centro de Ayuda no puede devolver ningún documento.
- Llene el formulario de asistente autorizado si alguien lo ayudará con su IMR. Puede obtener el formulario en www.dmhc.ca.gov/Portals/0/Docs/HC/AccessibleAAFormEnglish%20%285SG%29.pdf. O bien, llame 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 sus formularios y cualquier anexo a:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 9th Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  Fax: 1-916-255-5241

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

La mayoría de las organizaciones y los profesionales de atención de la salud 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, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios para Miembros de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Los números de teléfono se encuentran en la portada de este resumen.
- También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- O bien, llame a la Línea Directa para Fraude y Abuso del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California al 1-800-822-6222.
- O bien, llame a la Oficina general del representante en caso de fraude y abuso de adultos mayores de Medi-Cal (Attorney General Bureau of Medi-Cal Fraud and Elder Abuse) del Departamento de Justicia (Department of Justice Office) al 1-800-722-0432. Su llamada es gratuita y confidencial.

¿Tiene alguna pregunta?

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

Anthem BlueCross

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

H6229_22_3000348_U_SP CMS Accepted 9/5/2021

1034040CASSPABC