

2021

Aviso anual de cambios

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
(Plan Medicare-Medicaid)
Condado de San Diego

Blue Shield of California Promise Health Plan es un concesionario independiente de Blue Shield Association
ANOC0148-SP-SD-1020



Promise Health Plan

 **Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Plan Medicare-Medicaid) es ofrecido por Blue Shield of California Promise Health Plan

Aviso anual de cambios para 2021

Introducción

En la actualidad, está inscrito como miembro de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. El próximo año, se realizarán algunos cambios en los beneficios, la cobertura, las normas y los costos del plan. Este *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios y dónde puede encontrar más información sobre ellos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para los miembros*.

Índice

A. Descargos de responsabilidad	1	D2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados	7
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año	2	D3. Etapa 1: "Etapa de cobertura inicial"	9
B1. Recursos adicionales.....	3	D4. Etapa 2: "Etapa de cobertura en situaciones catastróficas"	10
B2. Información acerca de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	4	E. Cambios administrativos	10
B3. Medidas importantes que debe tomar: .	5	F. Cómo elegir un plan.....	11
C. Cambios en los proveedores y en las farmacias de la red	6	F1. Cómo seguir inscrito en nuestro plan....	11
D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7	F2. Cómo cambiar de plan.....	11
D1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	7	G. Cómo obtener ayuda	13
		G1. Cómo obtener ayuda de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	13



Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

G2. Cómo obtener ayuda del corredor de inscripciones del estado 13

G3. Cómo obtener ayuda del programa Cal MediConnect Ombuds 13

G4. Cómo obtener ayuda del Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud 14

G5. Cómo obtener ayuda de Medicare 14

G6. Cómo obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California 15



Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

A. Descargos de responsabilidad

- Blue Shield of California Promise Health Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para brindar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- Esta no es una lista completa. La información sobre los beneficios es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan o lea la *Guía para los miembros* de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
- Blue Shield of California Promise Health Plan cumple las leyes estatales y federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, identificación de grupo étnico, afecciones médicas, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad mental o física.

Blue Shield of California Promise Health Plan ofrece lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas sin costo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de derechos civiles de Blue Shield of California Promise Health Plan.

Si considera que Blue Shield of California Promise Health Plan no proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, identificación de grupo étnico, afecciones médicas, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad mental o física, puede presentar una queja utilizando los siguientes datos:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
Teléfono: (844) 883-2233 (TTY: 711)
Fax: (323) 889-2228
Correo electrónico: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com



Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, por vía electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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

Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año. Si no satisface sus necesidades, puede abandonar el plan. Para obtener más información, consulte la Sección G2.

Si decide abandonar Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, su membresía finalizará el último día del mes en el que realizó la solicitud.

Si deja nuestro plan, seguirá inscrito en los programas de Medicare y Medi-Cal, siempre y cuando sea elegible.

- Usted podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare (vaya a la página 10 para consultar sus opciones).
- Usted obtendrá sus beneficios de Medi-Cal a través del plan de atención administrada de Medi-Cal que elija (vaya a la página 12 para obtener más información).

 **Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

B1. Recursos adicionales

- **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.
- **Español (Spanish): ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
- **繁體中文 (Chinese): 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Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 每週七天辦公, 早上8:00 點至晚上8:00 點或。
- **Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8 giờ sáng–8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. HOẶC Ban.
- **Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)
- **한국어 (Korean): 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오, 오후 8시, 7 일 주일 오전 8시
- **Հայերեն (Armenian): Ուշադրություն:** Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգախարեք Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY (հեռատիպ) 711)
- **فارسی (Persian/Farsi for Cal-MediConnect Members): توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.
- **Русский (Russian): ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (телетайп: 711).
- **日本語 (Japanese): 注意事項:** 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。
- **العربية (Arabic): لحوظة:** إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 711) Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
- **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।



Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

- ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711)។
- Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).
- हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) पर कॉल करें।
- ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).
- اُردُو (Urdu): خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-905-3825 Cal-MediConnect (TTY:7111)

Puede obtener este *Aviso anual de cambios* gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

Puede realizar una solicitud permanente para recibir este documento en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro. Para realizar una solicitud, póngase en contacto con el Departamento de Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Se archivarán su idioma y formato preferidos para futuras comunicaciones. Para actualizar sus preferencias, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

B2. Información acerca de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

- Blue Shield of California Promise Health Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para brindar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- La cobertura de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan califica como una cobertura médica llamada "cobertura esencial mínima". Cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan es ofrecido por Blue Shield of California Promise Health Plan. Cuando este *Aviso anual de cambios* dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a Blue Shield of California Promise Health Plan. Cuando dice "el plan" o "nuestro plan", hace referencia a Blue Shield of California Promise Health Plan.

 **Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

B3. Medidas importantes que debe tomar:

- **Verifique si hay algún cambio en sus beneficios y costos que pueda afectarlo.**
 - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que utiliza?
 - Es importante revisar los cambios en los beneficios y costos para asegurarse de que satisfagan sus necesidades el próximo año.
 - Consulte la sección D1 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- **Verifique si hay algún cambio en la cobertura de los medicamentos recetados que pueda afectarlo.**
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Se encuentran en un nivel de costo compartido diferente? ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias?
 - Es importante revisar los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - Consulte la sección D2 para obtener información acerca de los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado.
 - » Consulte con su médico sobre alternativas menos costosas que puedan estar disponibles para usted; esto puede ayudarlo a ahorrar en costos anuales de su bolsillo durante el año.
 - » Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage. (Haga clic en el enlace "dashboards" [tableros] en el centro de la Nota hacia la parte inferior de la página. Estos tableros destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información sobre los precios de los medicamentos de un año a otro).
 - » Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias se encontrarán en nuestra red el próximo año.**
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas a los que consulta habitualmente, están en nuestra red? ¿Y las farmacias? ¿Qué ocurre con los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la sección C para obtener información acerca de nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Analice los costos globales del plan.**
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que utiliza habitualmente?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.**



Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Si decide seguir inscrito en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

Si desea seguir con nosotros el próximo año, es fácil; no es necesario que haga nada. Si no realiza ningún cambio, automáticamente seguirá inscrito en nuestro plan.

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, puede cambiar de plan (consulte la sección F2 para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Consulte la sección F, página 11, para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

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

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2021.

Le recomendamos que **revise nuestro Directorio de proveedores y farmacias actual** para saber si sus proveedores o farmacias aún se encuentran en nuestra red. En nuestra página web en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect, se encuentra disponible un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado. También puede llamar al Departamento de Atención al Cliente al 1-855-905-3825 para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Es importante que sepa que también podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona el plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 de su *Guía para los miembros*.



Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

D1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura de ciertos servicios médicos y lo que usted paga por dichos servicios médicos cubiertos para el próximo año. La siguiente tabla describe estos cambios.

	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Examen físico anual	El examen físico anual no está cubierto.	Usted paga un copago de \$0 por visita (la cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses).
Entrega de comidas a domicilio	La entrega de comidas a domicilio no está cubierta.	Para las personas dadas de alta de un hospital de pacientes internados o centro de atención de enfermería especializada, usted paga un copago de \$0 por cada entrega de comidas a domicilio cubierta. Cubrimos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • 22 comidas y 10 refrigerios por cada alta. • La cobertura se limita a una frecuencia de dos veces al año. • Las comidas y los refrigerios se dividirán en hasta tres entregas separadas, según sea necesario.

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Se encuentra disponible una *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada en nuestra página web en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. También puede llamar al Departamento de Atención al Cliente al 1-855-905-3825; TTY: 711, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, para obtener información actualizada sobre los medicamentos o para solicitarnos que le enviemos una *Lista de medicamentos cubiertos* por correo. La *Lista de medicamentos cubiertos* también recibe el nombre de "Lista de medicamentos".

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

? Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Revise la Lista de medicamentos para **asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año** y para saber si habrá alguna restricción.

Si un cambio en la cobertura de medicamentos lo afecta, usted puede hacer lo siguiente:

- Hablar con su médico (o con otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar otro medicamento que cubramos.
 - Puede llamar al Departamento de Atención al Cliente al 1-855-905-3825; TTY: 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, o comuníquese con su navegador de atención para obtener una lista de los medicamentos cubiertos que se usan para tratar la misma afección.
 - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.
- Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarle al plan que haga una excepción para cubrir el medicamento.
 - Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas).
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la *Guía para los miembros* de 2021 o llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-855-905-3825; TTY: 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.
 - Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención al Cliente o con su navegador de atención. Consulte el Capítulo 2 y el Capítulo 3 de la *Guía para los miembros* para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con su navegador de atención.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Existen dos etapas de pago para la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento recetado o un resurtido. Estas son las dos etapas:

Etapa 1 Etapa de cobertura inicial	Etapa 2 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas
<p>Durante esta etapa, el plan paga una parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte. La parte que le corresponde se denomina copago.</p> <p>Comienza en esta etapa cuando obtiene el primer medicamento recetado del año.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de los medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2021.</p> <p>Comienza esta etapa cuando ha pagado cierto monto de los costos que paga de su bolsillo.</p>

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando el total de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos recetados alcanza los **\$6,550**. En ese punto, comienza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. El plan cubre todos los costos de los medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Consulte el Capítulo 6 de su *Guía para los miembros* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos recetados.

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte. La parte que le corresponde se denomina copago. El copago depende del nivel de costo compartido en que se encuentre el medicamento y del lugar donde lo obtuvo. Usted pagará un copago cada vez que obtenga un medicamento recetado. Si el costo del medicamento cubierto es menor que el copago, usted pagará el precio más bajo.

Hemos pasado algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a un nivel de medicamentos más alto o más bajo. Si los medicamentos que usted toma cambian de nivel, su copago podría verse afectado. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.

La siguiente tabla muestra los costos de los medicamentos en cada uno de nuestros 4 niveles de medicamentos. Estos montos se aplican únicamente durante el tiempo en que usted se encuentre en la Etapa de cobertura inicial.

	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Medicamentos de Nivel 1 <i>(Medicamentos genéricos preferidos)</i> Costo del suministro para un mes de un medicamento de Nivel 1 que se obtiene en una farmacia de la red.</p>	El copago que usted debe pagar por un suministro para un mes (30 días) es de \$0 por medicamento recetado.	El copago que usted debe pagar por un suministro para un mes (30 días) es de \$0 por medicamento recetado.
<p>Medicamentos de Nivel 2 <i>(Medicamentos genéricos)</i> Costo del suministro para un mes de un medicamento de Nivel 2 que se obtiene en una farmacia de la red.</p>	El copago que usted debe pagar por un suministro para un mes (30 días) es de \$0, \$1.30, o \$3.60 por medicamento recetado.	El copago que usted debe pagar por un suministro para un mes (30 días) es de \$0, \$1.30, o \$3.70 por medicamento recetado.
<p>Medicamentos de Nivel 3 <i>(Medicamentos de marca)</i> Costo del suministro para un mes de un medicamento de Nivel 3 que se obtiene en una farmacia de la red.</p>	El copago que usted debe pagar por un suministro para un mes (30 días) es de \$0, \$3.90, o \$8.95 por medicamento recetado.	El copago que usted debe pagar por un suministro para un mes (30 días) es de \$0, \$4.00, o \$9.20 por medicamento recetado.
<p>Medicamentos de Nivel 4 <i>(Medicamentos recetados y de venta libre [OTC] no cubiertos por Medicare)</i> Costo del suministro para un mes de un medicamento de Nivel 4 que se obtiene en una farmacia de la red.</p>	El copago que usted debe pagar por un suministro para un mes (30 días) es de \$0 por medicamento recetado.	El copago que usted debe pagar por un suministro para un mes (30 días) es de \$0 por medicamento recetado.

? Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando el total de los costos que paga de su bolsillo alcanza los **\$6,550**. En ese punto, comienza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. El plan cubre todos los costos de los medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Consulte el Capítulo 6 de su *Guía para los miembros* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos recetados.

D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura en situaciones catastróficas”

Cuando alcanza el límite de costos de bolsillo de **\$6,550** por sus medicamentos recetados, comienza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas hasta el final del año calendario.

E. Cambios administrativos

	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Suministros para diabéticos - Cambio en límite de cantidad de tiras reactivas y lancetas	Puede recibir 100 tiras reactivas y lancetas todos los meses con una receta (se aplica a miembros dependientes y no dependientes de insulina).	Miembros dependientes de insulina: Pueden recibir 100 tiras reactivas y lancetas todos los meses con una receta. Miembros no dependientes de insulina: Pueden recibir 100 tiras reactivas y lancetas cada 3 meses con una receta.
Nombre del Departamento de Servicios para los miembros	Departamento de Servicios para los miembros	Departamento de Atención al Cliente
Enviar reclamaciones de medicamentos con receta	Blue Shield of California Promise Health Plan c/o DST Pharmacy Solutions P.O. Box 419019, Dept. 351 Kansas City, MO 64141	Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos: (minorista) suministro a través de una farmacia de la red y farmacia de servicio de pedido por correo de la red.	Puede obtener un suministro para hasta 90 días de medicamentos de Nivel 1 cubiertos en una farmacia minorista de costo compartido de la red o a través de la farmacia de servicio de pedido por correo de la red.	Puede obtener un suministro de hasta 100 días de medicamentos de Nivel 1 cubiertos en una farmacia minorista de costo compartido de la red o a través de la farmacia de servicio de pedido por correo de la red.



Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

F. Cómo elegir un plan

F1. Cómo seguir inscrito en nuestro plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año.

No tiene que hacer nada para seguir inscrito en su plan de salud. Si no se registra para un plan Cal MediConnect diferente ni se cambia a un plan Medicare Advantage o a Original Medicare, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2021.

F2. Cómo cambiar de plan

Puede finalizar su membresía en cualquier momento durante el año si se inscribe en otro plan Medicare Advantage o plan Cal MediConnect, o si se cambia a Original Medicare.

Cómo obtener los servicios de Medicare

Usted dispondrá de tres opciones para obtener los servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente cancelará su membresía con nuestro plan Cal MediConnect:

1. Puede cambiarse a:

Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o, si reúne los requisitos de elegibilidad y vive dentro del área de servicio, un Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene preguntas sobre PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223).

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. [El número de teléfono para usuarios TTY es opcional]. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.

Su inscripción en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

2. Puede cambiarse a:

Original Medicare con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.

Su inscripción en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare.

3. Puede cambiarse a:

Original Medicare sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

NOTA: si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, este puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no quiere inscribirse.

Solo debe cancelar su cobertura de medicamentos recetados si recibe cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.

Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.

Su inscripción en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Cómo obtener los servicios de Medi-Cal

Si usted abandona nuestro plan Cal MediConnect, seguirá recibiendo los servicios de Medi-Cal a través de Blue Shield of California Promise Health Plan, a menos que elija un plan diferente para recibir los servicios de Medi-Cal. Los servicios de Medi-Cal incluyen la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo y la atención de salud conductual.

Cuando usted solicite cancelar la membresía en nuestro plan Cal MediConnect, deberá informar a Health Care Options en qué plan de atención médica administrada de Medi-Cal desea inscribirse. Puede llamar a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.



Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

G. Cómo obtener ayuda

G1. Cómo obtener ayuda de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY: 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su Guía para los miembros de 2021

La *Guía para los miembros de 2021* incluye una descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Contiene detalles de los beneficios y costos para el próximo año. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos y los medicamentos recetados.

La *Guía para los miembros de 2021* estará disponible a partir del 15 de octubre. También puede revisar la *Guía para los miembros* que se envía separada por correo para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan a usted. Siempre se encuentra disponible una copia actualizada de la *Guía para los miembros de 2021* en nuestra página web en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. También puede llamar al Departamento de Atención al Cliente al 1-855-905-3825; TTY: 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana para solicitarnos que le enviemos por correo una *Guía para los miembros de 2021*.

Nuestra página web

También puede visitar nuestra página web en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Queremos recordarle que en nuestra página web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y de nuestra Lista de medicamentos (*Lista de medicamentos cubiertos*).

G2. Cómo obtener ayuda del corredor de inscripciones del estado

El corredor de inscripciones del estado, Health Care Options, puede ayudarlo a registrarse en un plan de salud de Cal MediConnect. También puede ayudarlo a cancelar la inscripción en un plan Cal MediConnect. Puede llamar a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

G3. Cómo obtener ayuda del programa Cal MediConnect Ombuds

El programa Cal MediConnect Ombuds puede ayudarlo en caso de que tenga algún problema con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. El programa Cal MediConnect Ombuds realiza lo siguiente:

- Trabaja como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o un reclamo, y puede ayudarlo a comprender qué hacer.



Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

- Se asegura de que usted tenga la información relacionada con sus derechos y protecciones, y lo ayuda a resolver sus inquietudes.
- No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. El número de teléfono del Programa Cal MediConnect Ombuds es 1-855-501-3077.

G4. Cómo obtener ayuda del Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). En California, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP). Los asesores del HICAP pueden ayudarlo a comprender las opciones del plan Cal MediConnect y responder las preguntas sobre cómo cambiar de plan. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP cuenta con asesores capacitados en cada condado, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.

G5. Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Página web de Medicare

Puede visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov). Si decide cancelar la inscripción en el plan Cal MediConnect e inscribirse en un plan Medicare Advantage, en la página web de Medicare puede obtener información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad que lo ayudará a comparar los planes Medicare Advantage.

Puede encontrar información sobre los planes Medicare Advantage disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en la página web de Medicare. (Para consultar la información sobre los planes, visite www.medicare.gov y haga clic en "Find plans" [Buscar planes]).

Medicare & You 2021 (Medicare y usted 2021)

Puede leer el manual Medicare & You 2021 (Medicare y usted 2021). Todos los años, en otoño, se envía este documento por correo a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare.

Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en la página web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

G6. Cómo obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja sobre su plan de salud, primero debe llamar por teléfono al plan al 1-855-905-3825; TTY: 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana y utilizar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. **El uso del procedimiento de quejas no le quita ningún posible derecho o recurso legal que puedan estar disponibles para usted.**

Si necesita ayuda con una queja que involucra un asunto urgente, una queja que su plan de salud no ha solucionado de manera satisfactoria o una queja que no se ha solucionado durante más de 30 días, puede ponerse en contacto con el departamento para solicitar asistencia.

Además, usted puede ser elegible para solicitar una Revisión médica independiente (IMR). Si usted es elegible para solicitar una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación, y el pago de las disputas de servicios médicos de emergencia o urgencia.

El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) y una línea TTY (1-877-688-9891) para las personas con problemas auditivos o del habla. La página web del departamento www.dmhca.ca.gov cuenta con formularios de reclamo, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.



Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Blue Shield of California Promise Health Plan
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755

blueshieldca.com/promise/calmediconnect