

# 2022

---

Aviso anual de cambios

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

Blue Shield of California Promise Health Plan es un concesionario independiente de Blue Shield Association.  
ANOC0148-SP-SD-1021

blue   
california

---

Promise Health Plan



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 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](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect).

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

# Aviso anual de cambios para 2022

## 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. Cómo elegir un plan .....	10
B3. Medidas importantes que debe tomar:..	4	E1. Cómo seguir inscrito en nuestro plan ...	10
C. Cambios en los proveedores y en las farmacias de la red de servicios.....	6	E2. Cómo cambiar de plan .....	10
D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	6	F. Cómo obtener ayuda .....	12
D1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	6	F1. Cómo obtener ayuda de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....	12
		F2. Cómo obtener ayuda del corredor de inscripciones del estado .....	13

 **Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 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](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect).

F3. Cómo obtener ayuda del programa Cal MediConnect Ombuds.....	13	F5. Cómo obtener ayuda de Medicare.....	14
F4. Cómo obtener ayuda del Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud.....	13	F6. Cómo obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California .....	14



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 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](http://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 con las leyes estatales y federales de derechos civiles vigentes y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, identificación de grupo étnico, afección médica, 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 de lenguaje de señas que cumplen con los requisitos
  - 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 que cumplen con los requisitos
  - 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, afección médica, 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](mailto:BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com)

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 (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights), 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 reclamo 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 E2.

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 (consulte la página 11).
- Usted obtendrá sus beneficios de Medi-Cal a través del plan de atención administrada de Medi-Cal que elija (consulte la página 12 para obtener más información).



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 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](http://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 pm., seven days a week. The call is free.
- **Español (Spanish): ATENCIÓN:** Si usted habla español, hay a su disposición servicios de asistencia de idiomas sin costo. 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.
- **中文 (Chinese):** 请注意: 如果您说中文, 可以免费获得语言协助服务。请拨打1-855-905-3825 (听障和语障 专线: 711), 每周七天办公, 早上8:00至晚上8:00。此电话为免付费专线。
- **Tiếng Việt (Vietnamese):** LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cho quý vị. Gọi số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi này miễn phí.
- **Tagalog (Tagalog – Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga available na libreng serbisyo ng tulong sa wika para sa inyo. Tumawag sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag.
- **한국어 (Korean):** 주: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료로 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.
- **Հայերեն (Armenian):** Ուշադրութեամբ խոսե՛ք հայերեն, Ձեր տրամադրելի են անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-855-905-3825 (TTY 711) համարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:
- **فارسی (Farsi):** توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی بدون اخذ هزینه در اختیار شما می باشد. با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب در هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
- **Русский (Russian):** ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, мы можем предложить Вам бесплатные услуги языковой поддержки. Звоните по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 без выходных. Звонок бесплатный.
- **العربية (Arabic):** تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، يتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل على الرقم 1-855-905-3825 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.
- **ខ្មែរ (Khmer):** ចាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា គឺមានសំរាប់អ្នក ដោយឥតគិតថ្លៃ ហៅ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ច្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ ហៅគឺឥតគិតថ្លៃទេ។
- **भाषा (Hindi):** ध्यान: यदि आप भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। फोन करना 1-855-905-3825 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फोन करना फ्री है।
- **Lus Hmoob (Hmong):** LUS CEEV: Yog koj hais Lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, xya hnuv hauv ib lub as thiv. Qhov hu xov tooj no yog hu dawb xwb.
- **ພາສາລາວ (Laotian):** ສິ່ງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີຂໍ້ມູນການຊ່ອຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາ ເບີ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ເຈົ້າວັນຕໍ່ອາທິດ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.
- **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。1-855-905-3825 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。毎日午前8時から午後8時まで受け付けています。通話は無料です。



**Si tiene alguna pregunta,** llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 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](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect).

- ภาษาไทย (Thai): เรียง หากคุณพูดภาษา ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์ โทรฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย
- ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਸਾਵਧਾਨ : ਜੇ ਤੁਸੀਂ [ਪੰਜਾਬੀ] ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-905-3825 (TTY: 711), ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8:00 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ |711), ਸਵੇਰ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਰਾਤ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ. ਕਾਲ ਫ੍ਰੀ ਹੈ |
- Українська (Ukrainian): ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо Ви розмовляєте українською, ми можемо запропонувати Вам безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте 1-855-905-3825 (TTY: 711) з 8:00 до 20:00 без вихідних. Дзвінок безкоштовний.
- Mienh (Mien): TOV JANGX LONGX OC: Beiv taix meih gorngv Mienh waac nor, ninh mbuo gorn zangc duqv mbenc nzoih wang-henh nzie weih faan waac bun meih muangx maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh. Douc waac lorx taux 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 diemv ziangh hoc lunggh ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lunggh muonz, yietc norm liv baaiz se koi nzoih siec hnoi. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh.
- 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](http://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.

## 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.

 **Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 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](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect).



- **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](http://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage). (Haga clic en el enlace "dashboards" [tableros de control] en el centro de la Note (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 de servicios el próximo año.**
  - ¿Se encuentran sus médicos, incluidos sus especialistas, en nuestra red de servicios? ¿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 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 E2 para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Consulte la Sección E, página 10, para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

**?** **Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 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](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect).

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

Nuestras redes de servicios de proveedores y farmacias han cambiado para 2022.

Le recomendamos que **revise nuestro Directorio de proveedores y farmacias** actual para averiguar si sus proveedores o farmacias aún se encuentran en nuestra red de servicios. En nuestra página web en [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/directory](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/directory), 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 de servicios 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*.

# 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 paga por dichos servicios médicos cubiertos para el próximo año. La siguiente tabla describe estos cambios.

---

 **Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 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](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect).

	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Atención de emergencia</b>	<p>Usted paga un copago de <b>\$0</b>.</p> <p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> para cobertura internacional de emergencia/urgencia.</p> <p>Límite de \$25,000 de cobertura del plan para servicios de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos por año.</p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$0</b>.</p> <p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> para cobertura internacional de emergencia/urgencia.</p> <p>No existe un límite de cobertura del plan para servicios de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos por año.</p>
<b>Programas de servicios múltiples para personas mayores (MSSP):</b>	<p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> (monto máximo de cobertura del beneficio del plan de \$5,356.25 por año).</p>	<p>No están cubiertos a través de nuestro plan, pero aun así ayudaremos a coordinar el acceso a estos servicios para usted.</p>
<b>Productos de venta libre (OTC)</b>	<p>Límite de \$120 cada tres meses.</p> <p>Usted puede realizar un pedido por trimestre. Es posible que se apliquen algunas limitaciones. Para obtener más información, consulte el catálogo de OTC.</p>	<p>Límite de \$185 cada tres meses.</p> <p>Usted puede realizar dos pedidos por trimestre. Es posible que se apliquen algunas limitaciones. Para obtener más información, consulte el catálogo de OTC.</p>
<b>Atención de urgencia</b>	<p>Usted paga un copago de <b>\$0</b>.</p> <p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> para cobertura internacional de emergencia/urgencia.</p> <p>Límite de \$25,000 de cobertura del plan para servicios de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos por año.</p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$0</b>.</p> <p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> para cobertura internacional de emergencia/urgencia.</p> <p>No existe un límite de cobertura del plan para servicios de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos por año.</p>

## 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/pharmacy](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/pharmacy). 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 Plan 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](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect).

Revise la Lista de medicamentos para **asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año** y para averiguar 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 2022* 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 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.
- Pídale al plan que cubra un suministro temporal del medicamento.
  - En algunas situaciones, cubriremos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros [90] días del año calendario.
  - Este suministro temporal será para un máximo de un suministro para un mes. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5 de la *Guía para los Miembros*).
  - Cuando obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.
  - Las solicitudes de excepciones al formulario se deben enviar cada año al plan.

### 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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 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](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect).

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 2022.</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 **\$7,050**. 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.

### 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 aplican **únicamente** durante el tiempo en que usted se encuentre en la Etapa de cobertura inicial.

	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Medicamentos de Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos)</p> <p>Costo del suministro para un mes de un medicamento de Nivel 1 que se obtiene en una farmacia de la red de servicios.</p>	<p>El copago que usted debe pagar por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0 por medicamento recetado.</b></p>	<p>El copago que usted debe pagar por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0 por medicamento recetado.</b></p>
<p><b>Medicamentos de Nivel 2</b> (Medicamentos genéricos)</p> <p>Costo del suministro para un mes de un medicamento de Nivel 2 que se obtiene en una farmacia de la red de servicios.</p>	<p>El copago que usted debe pagar por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0, \$1.30 o \$3.70 por medicamento recetado.</b></p>	<p>El copago que usted debe pagar por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0, \$1.35 o \$3.95 por medicamento recetado.</b></p>

**?** Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 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](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect).

	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Medicamentos de Nivel 3</b> (Medicamentos de marca)</p> <p>Costo del suministro para un mes de un medicamento de Nivel 3 que se obtiene en una farmacia de la red de servicios.</p>	<p>El copago que usted debe pagar por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0, \$4.00 o \$9.20 por medicamento recetado.</b></p>	<p>El copago que usted debe pagar por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0, \$4.00 o \$9.85 por medicamento recetado.</b></p>
<p><b>Medicamentos de Nivel 4</b> (Medicamentos recetados y de venta libre [OTC] no cubiertos por Medicare)</p> <p>Costo del suministro para un mes de un medicamento de Nivel 4 que se obtiene en una farmacia de la red de servicios.</p>	<p>El copago que usted debe pagar por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0 por medicamento recetado.</b></p>	<p>El copago que usted debe pagar por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0 por medicamento recetado.</b></p>

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando el total de los costos que paga de su bolsillo alcanza los **\$7,050**. 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 **\$7,050** 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. Cómo elegir un plan

## E1. 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 2022.

## E2. 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.

**?** **Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 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](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect).

## 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 siete 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. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).

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

### 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 siete 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/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).

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

**?** Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 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](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect).

### 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 para medicamentos recetados si recibe cobertura para medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura para 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/](http://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 siete 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/](http://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.

## F. Cómo obtener ayuda

### F1. 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 (solo los usuarios de TTY deben llamar al 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.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 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](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect).



### **Lea su Guía para los Miembros de 2022**

La *Guía para los Miembros de 2022* es la 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 2022* estará disponible a partir del 15 de octubre. Se encuentra disponible una copia actualizada de la *Guía para los Miembros de 2022* en nuestra página web en [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/handbook](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/handbook). También puede llamar al Departamento de Atención al Cliente al 1-855-905-3825 para solicitarnos que le enviemos por correo una *Guía para los Miembros de 2022*.

### **Nuestra página web**

También puede visitar nuestra página web en [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://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*).

## **F2. 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 de salud de Cal MediConnect. Puede llamar a Health Care Options al 1844-580-7272, 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.

## **F3. 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.
- 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.

## **F4. 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/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 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](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect).

## F5. 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 siete 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](http://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 obtener información sobre los planes, consulte [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y haga clic en "Find plans" [Buscar planes]).

### **Medicare & You 2022 (Medicare y usted 2022)**

Puede leer la guía *Medicare & You 2022 (Medicare y usted 2022)*. 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 usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en la página web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## F6. Cómo obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care)

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care) 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 a su plan de salud al **1-855-905-3825** y utilizar el proceso de quejas de su plan antes de comunicarse con el departamento. El uso del procedimiento para quejas no le quita ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar disponible para usted. Si necesita asistencia con una queja que involucra una emergencia, 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 TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con problemas auditivos o del habla. La página web del departamento [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.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 Plan 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](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect).



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

[blueshieldca.com/promise/calmediconnect](https://blueshieldca.com/promise/calmediconnect)