H0148_22_146_C_Accepted_SP_09082021

2022

Evidencia de cobertura/ Guía para los Miembros

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)
Condado de Los Angeles

blue california
Promise Health Plan

Blue Shield of California Promise Health Plan es un concesionario independiente de Blue Shield Association
CMC-EOC-LA-SP-1021

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Su cobertura de salud y medicamentos de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Introducción a la *Guía para los Miembros*

Esta guía detalla la cobertura de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan hasta el 31 de diciembre de 2022. Explica los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por abuso de sustancias), la cobertura para medicamentos recetados y los servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo le ayudan a permanecer en su hogar en lugar de ir a un hogar de convalecencia u hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para los Miembros.*

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Cal MediConnect Plan es ofrecido por Blue Shield of California Promise Health Plan. Cuando esta *Guía para los Miembros* 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 Promise Cal MediConnect Plan.

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.

繁體中文 (Chinese): 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): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրելի են անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ: Զանգահարեք 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.

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。

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 المكالمة مجانية.

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 ਤਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ. ਕਾਲ ਫ੍ਰੀ ਹੈ |

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ចាប់អារម្មណ៍៖ បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា គឺមានសំរាប់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ក្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ ហៅគឺឥតគិតថ្លៃទេ។

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 hnub hauv ib lub as thiv. Qhov hu xov tooj no yog hu dawb xwb.

हिंदी (Hindi): ध्यान: यदि आप भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं निःशुल्क उपलब्ध हैं। फ़ोन करना 1-855-905-3825 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फ़ोन करना फ्री है।

ภาษาไทย (Thai): เรียน หากคุณพูดภาษา ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์ โทรฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย

اُردُو (Urdu): خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

ພາສາລາວ (Laotian): ສິ່ງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ເຈັດວັນຕໍ່ອາທິດ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

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 lungh

ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lungh 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 documento 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, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, que archivará su idioma y formato preferidos para futuras comunicaciones. Para realizar actualizaciones sobre sus preferencias, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Guía para los Miembros 2022: **Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro. 6

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes. 17

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos 37

Capítulo 4: Tabla de beneficios. 58

Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan. .. 121

Capítulo 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal. .. 140

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió en concepto de servicios o medicamentos cubiertos 153

Capítulo 8: Sus derechos y obligaciones. 145

Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos). 177

Capítulo 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan Cal MediConnect. 233

Capítulo 11: Avisos legales. 243

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes. 248

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.

- La cobertura de Blue Shield of California Promise Health Plan es cobertura médica que califica como “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.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal, y su membresía en este. También le informa qué esperar y qué otra información recibirá de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para los Miembros.*

Índice

A. Bienvenido a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan....8

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal....8

B1. Medicare....8

B2. Medi-Cal....8

C. Ventajas de este plan....9

D. Área de servicio de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan....10

E. Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan....10

F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud....10

G. Su equipo y su plan de atención....12

G1. Equipo de atención....12

G2. Plan de atención....12

H. Prima mensual del plan de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan....12

I. La *Guía para los Miembros*....12

J. Otra información que recibirá de nosotros....13

J1. Su Tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan....13

J2. *Directorio de proveedores y farmacias*....14

J3. *Lista de medicamentos cubiertos*....15

J4. La *Explicación de beneficios* 15

K. Cómo mantener actualizado su registro de miembro 16

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

A. Bienvenido a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan es un plan Cal MediConnect. Cal MediConnect Plan es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También posee Navegadores y equipos de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan fue aprobado por el estado de California y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para brindarle servicios como parte de Cal MediConnect.

Cal MediConnect es un programa de demostración monitoreado de forma conjunta por California y el gobierno federal a fin de brindar una mejor atención para las personas que tienen Medicare y Medi-Cal. Mediante esta demostración, los gobiernos estatales y federales quieren evaluar nuevas formas de mejorar la manera en la que recibe los servicios de Medicare y Medi-Cal.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado:

- A personas de 65 años o más;
- A algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades; **y**
- A personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa de Medicaid de California. El estado administra Medi-Cal, y el estado junto con el gobierno federal financian este programa. Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- Qué se considera ingresos y recursos;
- Quién reúne los requisitos;
- Qué servicios están cubiertos; **y**
- El costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre que sigan las normas del gobierno federal.

Medicare y California aprobaron Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan, siempre y cuando:

- Decidamos ofrecer el plan; **y**
- Medicare y el estado de California nos permitan seguir ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan se suspende en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medi-Cal no se verán afectados.

C. Ventajas de este plan

Ahora recibirá todos los servicios de Medicare y Medi-Cal cubiertos de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, incluidos los medicamentos recetados. **No pagará más para inscribirse en este plan de salud.**

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ayudará a que los beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas incluidas son las siguientes:

- Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Contará con un equipo de atención que usted ayudará a formar. El equipo de atención puede incluirlo a usted mismo, su cuidador, sus médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de atención médica.
- Tendrá acceso a un Navegador de atención. Este es una persona que trabaja con usted, con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y con el equipo de atención para ayudar a preparar un plan de atención.
- Usted podrá dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y el Navegador de atención.
- El equipo de atención y el Navegador de atención trabajarán con usted para preparar un plan de atención diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención le ayudará a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa lo siguiente:
    - El equipo de atención se asegurará de que los médicos sepan todos los medicamentos que usted toma para que puedan estar seguros de que esté tomando los medicamentos correctos y para que sus médicos puedan reducir cualquier efecto secundario que pueda tener por los medicamentos.
    - El equipo de atención se asegurará de que los resultados de los exámenes se compartan entre todos los médicos y otros proveedores, según corresponda.

D. Área de servicio de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: Los Angeles.

Solo aquellas personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro del plan. Para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de su área de servicio, consulte el Capítulo 8. Deberá ponerse en contacto con el trabajador de elegibilidad del condado local:

Condado de Los Angeles Departamento de Servicios Sociales Públicos (DPSS) Centro de Servicio al cliente	LLAME AL: 1-866-613-3777. Esta llamada es gratuita. TTY: 711 Horario: de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., de lunes a viernes, excepto feriados.

E. Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- Viva en nuestra área de servicio; **y**
- Sea mayor de 21 años en el momento de la inscripción; **y**
- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare; **y**
- Sea elegible actualmente para Medi-Cal **y**
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o su permanencia en los Estados Unidos sea legal.

Puede haber normas de elegibilidad adicionales en su condado. Para obtener más información, llame a Atención al Cliente.

F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud

Cuando se inscriba por primera vez en el plan, obtendrá una evaluación de riesgo de la salud (HRA) en el plazo de los primeros 45 a 90 días.

Debemos realizar una evaluación de riesgo de la salud (HRA) por usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención individual (ICP). La HRA incluirá preguntas para identificar los servicios médicos, los LTSS y las necesidades funcionales y de salud conductual.

Nos pondremos en contacto con usted para realizar la HRA. La HRA se puede realizar mediante una visita en persona, una llamada telefónica o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan es nuevo para usted, puede seguir consultando a los médicos que visita ahora durante un tiempo determinado. Puede mantener sus proveedores actuales y las autorizaciones de servicios en el momento en que se inscribe durante un máximo de 12 meses si se cumplen todas las condiciones que se indican a continuación:

- Usted, su representante o su proveedor nos solicitan de manera directa continuar viendo a su proveedor actual.
- Podemos establecer que usted tenía una relación existente con un médico de atención primaria o un proveedor de atención especializada, con algunas excepciones. Cuando decimos relación existente, significa que usted consultó a un proveedor fuera de la red de servicios al menos una vez en una visita que no era de emergencia durante los 12 meses previos a la fecha de su inscripción inicial en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
    - Determinaremos que se trata de una relación existente al examinar la información de salud que tenemos disponible sobre usted o que usted nos envíe.
    - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. También puede pedirnos que tomemos una decisión más rápida y debemos responder en 15 días.
    - Tenemos 3 días calendario para responder si existe un riesgo de daño para usted debido a una interrupción de la atención.
    - Usted o su proveedor deben presentar documentación que indique una relación existente y deben aceptar ciertos términos al realizar la solicitud.

Nota: Esta solicitud **no puede** hacerse para proveedores de Equipo médico duradero (DME), servicios de transporte, otros servicios auxiliares o servicios que no se incluyen en Cal MediConnect.

Luego de que el período de continuidad de la atención finalice, deberá consultar con médicos y otros proveedores de la red de servicios de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan que estén afiliados al grupo médico de su médico de atención primaria, a menos que lleguemos a un acuerdo con su médico fuera de la red de servicios. Un proveedor de la red de servicios es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un grupo médico o una Asociación de médicos independientes (IPA) es una organización formada en virtud de la ley de California que celebra contratos con los planes de salud para brindar o coordinar las prestaciones de los servicios de atención médica a las personas inscritas en el plan de salud. Un grupo médico o IPA es una asociación de médicos y especialistas de atención primaria creada para brindarle servicios de atención médica coordinados. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo obtener atención.

G. Su equipo y su plan de atención

G1. Equipo de atención

¿Necesita ayuda para recibir la atención que necesita? Un equipo de atención puede ayudarle. El equipo de atención puede incluir a su médico, un Navegador de atención u otra persona con competencias médicas que usted elija.

El Navegador de atención es una persona que está capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita. Cuando se inscriba en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, recibirá un Navegador de atención. Esta persona también lo remitirá a los recursos de la comunidad en caso de que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan no le proporcione los servicios que usted necesita.

Puede llamarnos al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana para solicitar un equipo de atención. La llamada es gratuita.

G2. Plan de atención

El equipo de atención trabajará con usted para preparar un plan de atención. Un plan de atención les describe a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo los recibirá. Incluye sus necesidades de servicios médicos, de salud conductual y de LTSS. Su plan de atención se elaborará de conformidad con usted y sus necesidades.

Este plan de atención incluirá lo siguiente:

- Sus objetivos de atención médica.
- Los plazos en que deberá recibir los servicios que necesita.

Después de la evaluación de riesgo de la salud, su equipo de atención se reunirá con usted. Hablará con usted sobre los servicios que necesita. También puede indicarle que piense en la posibilidad de recibir otros servicios. Su plan de atención se basará en sus necesidades. Su equipo de atención trabajará con usted para actualizar el plan de atención al menos una vez al año.

H. Prima mensual del plan de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan no posee una prima mensual del plan.

I. La *Guía para los Miembros*

Esta *Guía para los Miembros* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las normas de este documento. Si piensa que hemos hecho algo que va en contra de estas normas, puede apelar o cuestionar nuestra acción. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte la Sección D del Capítulo 9 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Para solicitar una *Guía para los Miembros*, llame a 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. También puede consultar la *Guía para los Miembros* en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect o descargarla de esta página web.

El contrato está en vigencia durante los meses en los que esté inscrito en Blue Shield Promise Cal MediConnect, entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

J. Otra información que recibirá de nosotros

Ya debe haber recibido su Tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, la información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias* e información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*.

J1. Su Tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

En nuestro plan, tendrá solo una tarjeta para los servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo, ciertos servicios de salud conductual y los medicamentos recetados. Debe mostrar esta tarjeta cuando recibe cualquier servicio o medicamento recetado. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta para que tenga una idea de cómo será la suya:

Si su tarjeta Cal MediConnect se daña, se le pierde o se la roban, llame a Atención al Cliente de inmediato y le enviaremos una nueva. Puede llamar a 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.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni la tarjeta de Medi-Cal para obtener servicios de Cal MediConnect. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su Tarjeta de Medicare en lugar de su Tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, el proveedor puede facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted puede recibir una factura. Consulte la Sección A del Capítulo 7 para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que, para acceder a los servicios especializados de salud mental que puede obtener del plan de salud mental (MHP) del condado, necesitará su tarjeta de Medi-Cal.

J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de los proveedores y las farmacias de la red de servicios de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red de servicios para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se inscribe en el plan por primera vez (consulte la página 40).

Para solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias*, llame a 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. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect o descargarlo de esta página web.

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye los profesionales de atención médica (como médicos, profesionales de enfermería y psicólogos), centros (como hospitales o clínicas) y proveedores de apoyo (como proveedores de atención de salud diurna para adultos y de atención médica a domicilio) a los que puede consultar como Miembro de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. El Directorio también incluye las farmacias que usted puede utilizar para obtener sus medicamentos recetados. Además, el Directorio proporciona información sobre lo siguiente:

- Cuándo son necesarias las remisiones para ver a otros proveedores, especialistas o centros; y
- Cómo elegir a un médico; y
- Cómo cambiar de médico; y
- Cómo encontrar médicos, especialistas, farmacias o centros en su área o grupo médico/IPA; y
- Cómo acceder a Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), Servicios de apoyo a domicilio (IHSS) o Servicios múltiples para personas mayores (MSSP); e
- Información sobre cómo acceder a pedidos por correo, infusión en el hogar o farmacias de atención a largo plazo.

Definición de proveedores de la red de servicios

- Los proveedores de la red de servicios de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan incluyen los siguientes:
  - Médicos, enfermeras y otros profesionales de atención médica que puede consultar como miembro de nuestro plan;
  - Clínicas, hospitales, centros de atención de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud para nuestro plan; **y**
  - LTSS, servicios de salud conductual, agencias de atención médica a domicilio, proveedores de equipo médico duradero y otros proveedores de productos y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medi-Cal.

Los proveedores de la red de servicios han aceptado los pagos de nuestro plan para los servicios cubiertos como pago en su totalidad.

Definición de farmacias de la red de servicios

- Las farmacias de la red de servicios son farmacias que han aceptado proporcionar los medicamentos recetados para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red de servicios en la que desee comprar los medicamentos.
- Excepto en caso de una emergencia, usted debe obtener su medicamento recetado en una de nuestras farmacias de la red de servicios si quiere que el plan le ayude a pagarlo.

Para obtener más información, llame a 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. Tanto Atención al Cliente como la página web de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios de los proveedores y las farmacias de nuestra red de servicios.

J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Le indica cuáles son los medicamentos recetados que están cubiertos por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

La Lista de medicamentos también indica si hay alguna norma o restricción respecto de los medicamentos, como un límite en la cantidad que puede obtener. Para obtener más información sobre estas normas y restricciones, consulte la Sección C del Capítulo 5.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la Lista de medicamentos, pero se pueden producir algunos cambios en el transcurso del año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect o llame al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

J4. La *Explicación de beneficios*

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un resumen que le ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos recetados de la Parte D. Este resumen se denomina *Explicación de beneficios* (EOB).

La EOB le informa el monto total que usted, u otra persona en su nombre, gastó en medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que usted toma, como aumentos en los precios y otros medicamentos con menor costo compartido que pueden estar disponibles. Puede hablar con la persona autorizada a dar recetas sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 6 encontrará más información sobre la EOB y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

También puede recibir una EOB si la solicita. Para obtener una copia, comuníquese con 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.

K. Cómo mantener actualizado su registro de miembro

Para mantener actualizado su registro de miembro, díganos cuando sus datos cambien.

Los proveedores y las farmacias de la red de servicios del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Ellos utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le cuestan.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la que brinda su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja, o la cobertura de compensación laboral;
- Cualquier demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico;
- Ingreso a un hospital o centro de atención de enfermería;
- Atención en un hospital o una sala de emergencias;
- Cambios relacionados con su cuidador (o cualquier otra persona responsable de usted); y
- Participación actual o futura en un estudio de investigación clínica.

Si cambia cualquier información, infórmenos a 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.

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

La información en su registro de miembro puede incluir información personal de salud (PHI). Las leyes estatales y federales nos obligan a mantener la privacidad de la PHI. Nos aseguramos de que su PHI esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte la Sección C del Capítulo 8.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para acceder a recursos importantes que pueden ayudarle a responder preguntas sobre Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con su Navegador de atención y otras personas que pueden actuar como defensores en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para los Miembros.*

Índice

A. Cómo comunicarse con Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....19

A1. Cuándo comunicarse con Atención al Cliente 19

B. Cómo comunicarse con su Navegador de atención.....22

B1. Cuándo comunicarse con su Navegador de atención 22

C. Cómo ponerse en contacto con la Línea de enfermería.....24

C1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de enfermería 24

D. Cómo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual 25

D1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual.....25

E. Cómo ponerse en contacto con el Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) 26

E1. Cuándo ponerse en contacto con el HICAP 26

F. Cómo ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (QIO).....27

F1. Cuándo ponerse en contacto con Cuidado centrado en el beneficiario y la familia – Organización para la mejora de la calidad (BFCC-QIO) de Livanta 27

G. Cómo ponerse en contacto con Medicare 28

H. Cómo comunicarse con las Opciones de atención médica de Medi-Cal.....29

I. Cómo ponerse en contacto con el Programa Cal MediConnect Ombuds 30

J. Cómo ponerse en contacto con los Servicios Sociales del condado.....31

K. Cómo ponerse en contacto con el plan de salud mental especializado del condado 32

K1. Póngase en contacto con el plan de salud mental especializado del condado por lo siguiente: 32

L. Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada de California 33

M. Recursos adicionales.....34

A. Cómo comunicarse con Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

LLAME AL	1-855-905-3825. Esta llamada es gratuita. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio llamando al número anterior. Contamos con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
ESCRIBA A	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
PÁGINA WEB	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

A1. Cuándo comunicarse con Atención al Cliente

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de identificación de miembro
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
  - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre los siguientes aspectos:
    - Sus beneficios y servicios cubiertos; **o**
    - El monto que pagaremos por sus servicios de salud.
  - Llámenos si tiene preguntas respecto de una decisión de cobertura sobre su atención médica.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección D del Capítulo 9.

- Apelaciones sobre su atención médica
  - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la modifiquemos si considera que cometimos un error.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte la Sección D del Capítulo 9.
- Reclamos sobre su atención médica
  - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluso proveedores de la red o fuera de la red de servicios). Un proveedor de la red de servicios es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para la mejora de la calidad (consulte la Sección F a continuación).
  - Puede llamarnos y explicarnos el motivo de su reclamo. Llame a 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.
  - Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura relacionada con su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
  - Puede enviar un reclamo sobre Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan a Medicare. Puede completar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Para presentar un reclamo sobre Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ante el Programa Cal MediConnect Ombuds, llame al 1-855-501-3077 (TTY: 1-855-847-7914), de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo relacionado con su atención médica, consulte la Sección J del Capítulo 9.
- Decisiones de cobertura sobre los medicamentos
  - Una decisión de cobertura sobre los medicamentos es una decisión sobre los siguientes aspectos:
    - Sus beneficios y medicamentos cubiertos; **o bien**
    - El monto que pagaremos por sus medicamentos.

  - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D, a los medicamentos recetados de Medi-Cal y a los medicamentos de venta libre de Medi-Cal.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos recetados, consulte la Sección F del Capítulo 9.

- Apelaciones sobre sus medicamentos
  - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
  - Para presentar una apelación respecto de una decisión de cobertura relacionada para los medicamentos que se encuentran en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario) de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, comuníquese con 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. Los medicamentos de Medi-Cal están marcados con un asterisco (*) en el Formulario.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con los medicamentos recetados, consulte la Sección J del Capítulo 9.

- Reclamos sobre sus medicamentos
  - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye un reclamo sobre sus medicamentos recetados.
  - Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
  - Puede enviar un reclamo sobre Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan a Medicare. Puede completar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda. Los usuarios de TTY/TTD pueden llamar al 1-877-486-2048.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo relacionado con los medicamentos recetados, consulte la Sección J del Capítulo 9.

- Pago de la atención médica o los medicamentos que usted ya pagó
  - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió, consulte la Sección A del Capítulo 7.
  - Si nos solicita que paguemos una factura y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre apelaciones, consulte la Sección D2 del Capítulo 9.

B. Cómo comunicarse con su Navegador de atención

El Navegador de atención es una persona especialmente capacitada para ayudarle con la coordinación del proceso de atención. El Navegador de atención será parte de su equipo de atención y actuará como su principal fuente de contacto. Cuando se inscribe en el plan de salud, se le asignará un Navegador de atención. El Navegador de atención le llamará para presentarse y ayudarle a identificar sus necesidades. Puede comunicarse con su Navegador de atención llamando a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y seleccionando la opción de Navegador de atención de la lista. Una vez que se le asigna un Navegador de atención, también puede comunicarse con él a su teléfono directo. Para solicitar un cambio de Navegador de atención, puede llamar a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

LLAME AL	1-855-905-3825. Esta llamada es gratuita. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio llamando al número anterior. Contamos con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
ESCRIBA A	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
PÁGINA WEB	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

B1. Cuándo comunicarse con su Navegador de atención

- Preguntas sobre su atención médica
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (trastornos de salud mental y por abuso de sustancias)

- Preguntas sobre transporte
- Preguntas sobre servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los LTSS incluyen Servicios comunitarios para adultos (CBAS) y Centros de atención de enfermería (NF).

El término Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) se refiere a una amplia variedad de servicios que ayudan a los adultos con limitaciones funcionales o enfermedades crónicas a vivir de forma independiente en la comunidad o en un establecimiento de cuidado a largo plazo. Los LTSS son para los miembros que necesitan asistencia para realizar actividades diarias de rutina, como bañarse, vestirse, preparar comidas y administrar los medicamentos. Si necesita asistencia para seguir viviendo de forma independiente, llame a Atención al Cliente para obtener una remisión.

Los LTSS incluyen lo siguiente: Servicios comunitarios para adultos (CBAS), Servicios de apoyo a domicilio (IHSS), el Programa de servicios múltiples para personas mayores (MSSP), Atención a largo plazo/Atención de apoyo.

A veces, puede recibir ayuda con las necesidades básicas y de atención médica diarias.

Es posible que pueda recibir los siguientes servicios:

- Servicios comunitarios para adultos (CBAS);
- Atención de enfermería especializada;
- Fisioterapia;
- Terapia ocupacional;
- Terapia del habla;
- Servicios médicos sociales; **y**
- Atención médica a domicilio.

C. Cómo ponerse en contacto con la Línea de enfermería

La Línea de enfermería de Blue Shield of California Promise Health Plan ofrece apoyo con personal de enfermería registrado disponible para responder preguntas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame a la Línea de enfermería al (800) 609-4166 (TTY: 711). El personal de enfermería está disponible por teléfono para responder preguntas generales de salud y ofrecer instrucciones sobre recursos adicionales para obtener más información. Con la Línea de enfermería, los miembros pueden obtener un resumen de la conversación en su correo electrónico que incluye toda la información y enlaces para facilitar la consulta.

LLAME AL	(800) 609-4166. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los siete días de la semana Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio llamando al número anterior. Contamos con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número. Las 24 horas del día, los siete días de la semana.

C1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de enfermería

- Preguntas sobre su atención médica

D. Cómo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual

LLAME AL	Línea de acceso y crisis de Los Angeles 1-800-854-7771. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los siete días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número. Las 24 horas del día, los siete días de la semana
LLAME AL	Organización de salud conductual administrada de Blue Shield of California Promise Health Plan 1-855-765-9701. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los siete días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número. Las 24 horas del día, los siete días de la semana

D1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual

- Preguntas sobre los servicios de salud conductual y abuso de sustancias
- Cuando experimente una crisis de salud conductual, llame a la Línea de acceso y crisis de Los Angeles, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. La información de contacto está disponible más arriba.
- Cuando tenga preguntas sobre los servicios para trastornos de salud mental y por abuso de sustancias, póngase en contacto con los Servicios de salud conductual de Blue Shield of California Promise Health Plan. La información de contacto está disponible más arriba.

- Los planes de salud de Cal MediConnect son responsables de brindarles a las personas inscritas acceso a todos los servicios de salud conductual (tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias) médicamente necesarios que actualmente cubren Medicare y Medi-Cal.

Si tiene preguntas sobre los servicios especiales de salud mental que se brindan en su condado, consulte la página 32.

E. Cómo ponerse en contacto con el Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP)

El Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) proporciona asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare. Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a comprender qué debe hacer para resolver su problema. El HICAP cuenta con asesores capacitados en cada condado, y los servicios son gratuitos.

El HICAP no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud.

LLAME AL	Center for Health Care Rights 1-213-383-4519 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	711 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Los Angeles County HICAP Office 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
PÁGINA WEB	https:www.aging.ca.gov/HICAP

E1. Cuándo ponerse en contacto con el HICAP

- Preguntas sobre su plan Cal MediConnect u otras preguntas sobre Medicare
  - Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo a lo siguiente:
    - Comprender sus derechos;
    - Comprender las opciones del plan;

- Presentar reclamos sobre su atención médica o su tratamiento médico; **y**
- Solucionar problemas relacionados con las facturas.

F. Cómo ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (QIO)

Nuestro estado posee una organización llamada Cuidado centrado en el beneficiario y la familia – Organización para la mejora de la calidad (BFCC-QIO) de Livanta. Esta es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Livanta BFCC-QIO no está conectada con nuestro plan.

LLAME AL	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road. Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
PÁGINA WEB	https:www.livantaqio.com/en

F1. Cuándo ponerse en contacto con Cuidado centrado en el beneficiario y la familia – Organización para la mejora de la calidad (BFCC-QIO) de Livanta

- Preguntas sobre su atención médica
  - Puede presentar un reclamo sobre la atención que recibió si:
    - Tiene un problema con la calidad de la atención;
    - Cree que su hospitalización finaliza demasiado pronto; **o bien**
    - Considera que la atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

G. Cómo ponerse en contacto con Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
PÁGINA WEB	www.medicare.gov Esta es la página web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y centros para enfermos terminales. Incluye páginas web y números de teléfono útiles. Además, incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a ingresar en la página web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare al número que aparece más arriba para informarles qué está buscando. Ellos buscarán la información en la página web, la imprimirán y se la enviarán.

H. Cómo comunicarse con las Opciones de atención médica de Medi-Cal

Las opciones de atención médica de Medi-Cal pueden ayudarle si tiene dudas respecto de seleccionar un plan de Cal MediConnect u otras inquietudes sobre la inscripción.

LLAME AL	1-844-580-7272 Los representantes de las Opciones de atención médica se encuentran disponibles de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
PÁGINA WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

I. Cómo ponerse en contacto con el Programa Cal MediConnect Ombuds

El Programa Cal MediConnect Ombuds trabaja como un defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o un reclamo, y puede ayudarle a comprender qué hacer. El Programa Cal MediConnect Ombuds también puede ayudarle con problemas de servicio o facturación. El Programa Cal MediConnect Ombuds no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-855-501-3077. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-855-847-7914 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Neighborhood Legal Services of Los Angeles County • 13327 Van Nuys Boulevard Pacoima, CA 91131 • 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 • 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
PÁGINA WEB	www.healthconsumer.org

J. Cómo ponerse en contacto con los Servicios Sociales del condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de Servicios sociales y de salud del condado de Los Angeles, póngase en contacto con el departamento local de Servicios Sociales del condado.

LLAME AL	1-866-613-3777. Esta llamada es gratuita. El Departamento de Servicios Sociales Públicos del condado de Los Angeles tiene un Centro de Servicio al Cliente (CSC) que brinda servicios a 33 oficinas del distrito. El horario de atención es de lunes a viernes, excepto feriados, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m.
TTY	1-877-735-2929 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
PÁGINA WEB	https://dpss.lacounty.gov

K. Cómo ponerse en contacto con el plan de salud mental especializado del condado

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal se encuentran disponibles a través del plan de salud mental (MHP) del condado si cumple con los criterios de necesidad médica.

LLAME AL	1-800-854-7771. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los siete días de la semana. Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio llamando al número anterior. Contamos con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número. Las 24 horas del día, los siete días de la semana.

K1. Póngase en contacto con el plan de salud mental especializado del condado por lo siguiente:

- Preguntas sobre los servicios de salud conductual que el condado proporciona
- Los servicios de salud mental especializados incluyen, entre otros, los siguientes:
  - Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios;
  - Tratamiento diurno;
  - Intervención y estabilización en caso de crisis
  - Administración de casos orientada;
  - Tratamiento residencial para adultos; y
  - Tratamiento residencial en caso de crisis.

L. Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California es responsable de regular los planes de salud. El Centro de ayuda del DMHC puede ayudarle con las apelaciones y los reclamos contra su plan de salud sobre los servicios de Medi-Cal.

LLAME AL	1-888-466-2219 Los representantes del DMHC se encuentran disponibles de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes.
TDD	1-877-688-9891 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
PÁGINA WEB	www.dmhc.ca.gov

M. Recursos adicionales

Cómo ponerse en contacto con la Agencia local para personas de la tercera edad del condado de Los Angeles

Los Servicios para personas de la tercera edad y para fomentar la independencia (AIS) ofrecen servicios a adultos mayores, personas con discapacidades y los familiares para mantenerlos a salvo en sus hogares, promover una vida saludable y activa y dar a conocer las contribuciones positivas de los adultos mayores y las personas con discapacidades.

LLAME AL	1-888-202-4248 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Los Angeles County Department of Workforce Development, Aging and Community Services 3175 W. 6th St. Los Angeles, CA 90020
PÁGINA WEB	https://css.lacounty.gov/

.

Cómo ponerse en contacto con los Centros regionales del condado de Los Angeles

Los centros regionales son empresas privadas sin fines de lucro que tienen un contrato con el Departamento de Servicios del Desarrollo para proporcionar o coordinar servicios y apoyos para personas con discapacidades del desarrollo. Tienen oficinas en todo California para proporcionar recursos locales a fin de ayudar a encontrar y acceder a los distintos servicios disponibles para las personas y sus familias. California posee 21 centros regionales con más de 40 oficinas ubicadas en todo el estado para personas con discapacidades del desarrollo y sus familias. Para acceder al Directorio de centros regionales, ingrese a la página web mencionada abajo.

LLAME AL	1-916-654-1690 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-916-654-2054 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	1600 9th Street P.O. Box 944202 Sacramento, CA 94244-2020
PÁGINA WEB	www.dds.ca.gov

Cómo ponerse en contacto con Neighborhood Legal Services of Los Angeles County

Neighborhood Legal Services of Los Angeles County (NLSLA) ofrece servicios legales gratuitos a quienes los necesiten. NLSLA puede ayudar a las personas con diferentes problemas legales, incluidos los relacionados con la vivienda, el derecho familiar, la seguridad económica, el acceso a la justicia, el seguro de salud y más.

LLAME AL	1-800-433-6251 Lunes, miércoles y viernes, de 9:00 a. m. a 1:00 p. m.
TTY	1-855-847-7914 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Neighborhood Legal Services of Los Angeles County 13327 Van Nuys Boulevard Pacoima, CA 91131 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
PÁGINA WEB	www.nlsla.org

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo posee normas y términos específicos que usted debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. También le informa sobre su Navegador de atención, cómo recibir atención de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluidos de proveedores o farmacias fuera de la red de servicios), qué hacer cuando le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan y las normas para ser propietario del Equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Información sobre los “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red de servicios” 39

B. Normas para obtener atención médica, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan 39

C. Información sobre su Navegador de atención 41

C1. Qué es un Navegador de atención 41

C2. Cómo ponerse en contacto con su Navegador de atención 41

C3. Cómo cambiar de Navegador de atención 41

D. Atención de médicos de atención primaria, especialistas, otros proveedores médicos de la red de servicios y de proveedores médicos fuera de la red de servicios 41

D1. Atención de un Médico de atención primaria 41

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red de servicios 44

D3. Qué hacer cuando un proveedor deja nuestro plan 45

D4. Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red de servicios 46

E. Cómo puede obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) 46

F. Cómo obtener servicios de salud conductual (trastornos de salud mental y por abuso de sustancias) 47

F1. ¿Qué servicios de salud conductual de Medi-Cal se brindan fuera de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan a través del Departamento de Salud Mental del condado de Los Angeles (LACDMH) y el Departamento de Salud Pública del condado de Los Angeles (LACDPH)? 47

G. Cómo obtener servicios de transporte 49

H. Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 50

H1. Atención cuando tiene una emergencia médica 50

H2. Atención de urgencia 51

H3. Atención durante un desastre 52

I. Qué hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan 52

I1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por el plan 52

J. Cobertura de los servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica 53

J1. Definición de un estudio de investigación clínica 53

J2. Pago de los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 53

J3. Obtener más información sobre estudios de investigación clínica 54

K. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 54

K1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica 54

K2. Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica 54

L. Equipo médico duradero (DME) 55

L1. DME como miembro de nuestro plan 55

L2. Posesión del DME cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage 56

L3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan 56

L4. Equipos de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage 57

A. Información sobre los “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red de servicios”

Los servicios incluyen atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, servicios de salud conductual, medicamentos recetados y medicamentos de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** incluyen todos los servicios que el plan paga. La atención médica, los servicios de salud conductual y los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos aparecen en la Tabla de beneficios en la Sección D del Capítulo 4.

Los proveedores son los médicos, las enfermeras y otras personas que proporcionan servicios y atención. El término proveedores también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipos médicos y ciertos servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).

Los proveedores de la red de servicios son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han aceptado nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red de servicios nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red de servicios, por lo general, no paga *nada* por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener atención médica, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Esto incluye servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).

Por lo general, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan pagará por los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y los LTSS que usted recibe si sigue las normas del plan. Servicios que cubrirá nuestro plan:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluida en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla se encuentra en la Sección D del Capítulo 4 de esta guía).
- La atención se debe determinar como **médicamente necesaria**. Por médicamente necesaria, nos referimos a que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que usted vaya a un hospital o a un hogar de convalecencia. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las recomendaciones aceptadas de la práctica médica.
- En el caso de los servicios médicos, debe tener un **Médico de atención primaria (PCP)** de la red de servicios que haya solicitado la atención o le haya dicho que consulte a otro médico. Como miembro del plan, debe elegir a un proveedor de la red de servicios para que sea su PCP.

- En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle su aprobación antes de que pueda consultar a otra persona que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red de servicios del plan. Esto se denomina **remisión**. Si no obtiene la aprobación, es posible que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a determinados especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Para obtener más información sobre las remisiones, consulte la página 44.
- Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige su PCP, también elige el grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo remitirá a especialistas y servicios que también estén afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es una asociación de médicos y especialistas de atención primaria creada para brindarle servicios de atención médica coordinados.
- No necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o de urgencia o para consultar a un proveedor de salud de mujeres. Puede obtener otros tipos de atención sin una remisión de su PCP. Para obtener más información sobre este tema, consulte la página 44.
- Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la página 43.

- **Debe recibir su atención de proveedores de la red de servicios que estén afiliados al grupo médico de su PCP**. Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaje con el plan de salud y el grupo médico de su PCP. A continuación, mencionamos algunos casos en los que esta norma no se aplica:
  - El plan cubre la atención de emergencia o la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red de servicios. Para obtener más información o conocer qué es la atención de emergencia o atención de urgencia, consulte la Sección H en la página 50.
  - Si necesita atención que nuestro plan cubre, y los proveedores de nuestra red de servicios no se la pueden brindar, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red de servicios. Se requiere una autorización que se debe obtener del plan antes de buscar atención. En este caso, cubriremos la atención como si la recibiera de un proveedor de la red de servicios o **sin** costo alguno para usted. Para saber cómo obtener la aprobación de un proveedor fuera de la red de servicios, consulte la Sección D en la página 41.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan por un período corto. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.

- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede solicitarnos seguir consultando a sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si podemos establecer que usted tenía una relación existente con los proveedores (consulte el Capítulo 1 en la página 12). Si aprobamos su solicitud, puede continuar recibiendo atención de los proveedores que consulta en la actualidad por un máximo de 12 meses para obtener servicios. Durante ese período, su Navegador de atención se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red de servicios que estén afiliados al grupo médico de su PCP. Después de los 12 meses, ya no cubriremos su atención si continúa viendo a proveedores que no están en nuestra red de servicios ni afiliados al grupo médico de su PCP.

C. Información sobre su Navegador de atención

C1. Qué es un Navegador de atención

El Navegador de atención es una persona especialmente capacitada para ayudarle con la coordinación del proceso de atención. El Navegador de atención será parte de su equipo de atención y actuará como su principal fuente de información/contacto. Cuando se inscriba en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, recibirá un Navegador de atención. El Navegador de atención le llamará para presentarse y ayudarle a identificar sus necesidades.

C2. Cómo ponerse en contacto con su Navegador de atención

Puede comunicarse con su navegador de atención llamando a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y seleccionando la opción de Navegador de atención de la lista. Una vez que se le asigna un Navegador de atención, también puede comunicarse con él a su teléfono directo.

C3. Cómo cambiar de Navegador de atención

Para solicitar cambiar de Navegador de atención, puede llamar a Atención al Cliente de 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.

D. Atención de médicos de atención primaria, especialistas, otros proveedores médicos de la red de servicios y de proveedores médicos fuera de la red de servicios

D1. Atención de un médico de atención primaria

Debe elegir a un médico de atención primaria (PCP) para que brinde y administre su atención. Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige su PCP, también elige el grupo médico afiliado.

Definición de “PCP” y qué hace el PCP por usted

El PCP es un médico que cumple con determinados requisitos estatales y tiene la formación necesaria para brindar atención médica básica. Un PCP puede ser un médico de familia, un médico de cabecera, un proveedor de medicina interna y un especialista en caso de que se requiera. Puede elegir a un especialista como su PCP si el especialista acepta brindar todos los servicios que los PCP proporcionan tradicionalmente. Para solicitar que su especialista sea su PCP, comuníquese con Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (los números de teléfono y los horarios de atención figuran en la parte inferior de esta página). Una clínica, como el Centro de Salud Aprobado por el Gobierno Federal (FQHC), también puede ser su PCP. Usted obtendrá su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también puede coordinar el resto de los servicios cubiertos que necesite. Estos servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Radiografías;
- Análisis de laboratorio;
- Terapias;
- Atención de médicos que son especialistas;
- Ingresos hospitalarios; y
- Atención de seguimiento.

Los PCP de nuestro plan están afiliados a ciertos grupos médicos. Un grupo médico o una asociación de médicos independientes (IPA) es una organización formada en virtud de la ley de California que celebra contratos con los planes de salud para brindar o coordinar las prestaciones de los servicios de atención médica a las personas inscritas en el plan de salud. Cuando elige su PCP, también elige el grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo remitirá a especialistas y servicios que también estén afiliados a su grupo médico.

En la mayoría de los casos, debe consultar con su PCP para obtener una remisión antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica o especialista. Puede autorremitirse a un especialista en obstetricia y ginecología (OBGYN) dentro de nuestro grupo médico o IPA contratado para realizarse una prueba de Papanicolaou, un examen pélvico y un examen de mamas de rutina por año. Una vez que el grupo médico del PCP aprueba la remisión, puede programar una cita con el especialista u otro proveedor para recibir el tratamiento que necesita. El especialista informará a su PCP cuando finalice su tratamiento o el servicio para que su PCP pueda continuar administrando su atención.

Para que usted reciba ciertos servicios, su PCP necesitará obtener la aprobación por adelantado del Plan o, en algunos casos, del grupo médico afiliado de su PCP. Esta aprobación por adelantado se denomina “autorización previa”.

Su elección de PCP

Cuando es miembro de nuestro plan, usted debe elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP.

Para elegir a su PCP, usted puede:

- Utilizar su Directorio de proveedores y farmacias. Buscar en el índice de “Médicos de atención primaria”, ubicado en el reverso del directorio para encontrar el médico que desea. (El índice se encuentra en orden alfabético por los apellidos de los médicos).
- Visitar nuestra página web en www.bluehshieldca.com/promise/calmediconnect y buscar el PCP que desea; o
- Llamar a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para obtener ayuda (el número de teléfono y los horarios de atención figuran en la parte inferior de esta página).

Para averiguar si el proveedor de atención médica que quiere está disponible o acepta pacientes nuevos, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* que se encuentra disponible en nuestra página web en www.bluehshieldca.com/promise/calmediconnect o llame a Atención al Cliente (el número de teléfono y los horarios de atención figuran en la parte inferior de esta página).

Si hay un especialista u hospital de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan en particular que desee usar, es importante que consulte si están afiliados al grupo médico de su PCP. Puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* que se encuentra en nuestra página web en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect o solicitarle a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan que verifique si el PCP que desea realiza remisiones a ese especialista o usa ese hospital.

Opción de cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de servicios de nuestro plan. Si su PCP abandona nuestra red de servicios del plan, le podemos ayudar a encontrar un nuevo PCP que se encuentre dentro de la red de servicios del plan.

Puede seguir los pasos indicados anteriormente en “Su elección de PCP” para cambiar su PCP. Asegúrese de llamar a Atención al Cliente para notificarle que cambia de PCP (el número de teléfono y los horarios de atención figuran en la parte inferior de esta página).

Una vez que se haya solicitado su cambio, la asignación del nuevo PCP y del grupo médico afiliado se realizará el primer día del mes siguiente a su solicitud de cambio de PCP.

El nombre y el número de teléfono de la oficina de su PCP se encuentran impresos en su tarjeta de miembro. Si cambia de PCP, recibirá una nueva tarjeta de miembro.

Recuerde que los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si cambia de PCP, también podría estar cambiando de grupo médico. Cuando pida el cambio, asegúrese de indicarle a Atención al Cliente si está consultando a un especialista o recibiendo otros servicios médicos que requieren la aprobación del PCP. Atención al Cliente se asegurará de que, cuando cambie de PCP, usted pueda seguir recibiendo la atención especializada y los demás servicios.

Servicios que puede obtener sin primero obtener la aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de consultar a otros proveedores. Esta aprobación se denomina **remisión**. Puede obtener servicios como los que se enumeran a continuación sin obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red de servicios o proveedores fuera de la red de servicios.
- Atención de urgencia proporcionada por proveedores de la red de servicios.
- Atención de urgencia de proveedores fuera de la red de servicios cuando no puede obtenerla de proveedores de la red de servicios (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio del plan. (Llame a Atención al Cliente antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a obtener diálisis mientras se encuentra fuera del área de servicio).
- Vacunas contra la gripe y contra la COVID-19 y vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red de servicios.
- Atención médica de rutina para las mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que se los realice un proveedor de la red de servicios.
- Asimismo, si es elegible para obtener servicios de proveedores de salud para indígenas, puede consultar a estos proveedores sin remisión.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red de servicios

El especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.

- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Cuando necesite atención especializada o servicios adicionales que su PCP no puede brindar, este le dará una remisión. Una vez que el grupo médico del PCP aprueba la remisión, puede programar una cita con el especialista u otro proveedor para recibir el tratamiento que necesita. El especialista informará a su PCP cuando finalice su tratamiento o el servicio para que su PCP pueda continuar administrando su atención.

Su PCP necesitará obtener una aprobación por adelantado del plan para que usted reciba ciertos servicios. Esta aprobación por adelantado se denomina “autorización previa”. Por ejemplo, se requiere autorización previa para todas las hospitalizaciones que no sean emergencias. En algunos casos, el grupo médico afiliado de su PCP, en lugar de nuestro plan, puede autorizar el servicio.

Si tiene alguna pregunta sobre quién es responsable de enviar y aprobar las autorizaciones previas para los servicios, póngase en contacto con el grupo médico afiliado de su PCP. También puede llamar a Atención al Cliente. Para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa, consulte la Tabla de beneficios en la Sección D del Capítulo 4.

D3. Qué hacer cuando un proveedor deja nuestro plan

Un proveedor de la red de servicios que utiliza puede dejar el plan. Si uno de los proveedores abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red de servicios puedan cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a proveedores que cumplan con los requisitos.
- Haremos nuestro más sincero esfuerzo para enviarle un aviso con, al menos, 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor que cumpla con los requisitos para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor que cumple con los requisitos para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

Si se entera de que su proveedor dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención. Llame a Atención al Cliente de 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.

D4. Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red de servicios

Si necesita recibir atención médica que Medicare o Medi-Cal exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red de servicios no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red de servicios. Su médico de atención primaria es responsable de presentar la solicitud de autorización previa para los servicios fuera de la red de servicios. Debe obtener autorización del plan o del grupo médico de su PCP antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red de servicios. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red de servicios.

Si usted consulta a un proveedor fuera de la red de servicios, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare o Medi-Cal.

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Medi-Cal.
- Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben decirle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Cómo puede obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) consisten en Servicios comunitarios para adultos (CBAS) y Centros de atención de enfermería (NF). Los servicios pueden brindarse en su hogar, en la comunidad o en un centro. A continuación, se describen los diferentes tipos de LTSS:

- **Servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS):** programa de servicios basado en un centro y para pacientes ambulatorios que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapia ocupacional y del habla, atención personal, capacitación y apoyo para familiares/cuidadores, servicios de nutrición, servicios de transporte y otros servicios si cumple con los criterios de elegibilidad correspondientes.
- **Centro de enfermería (NF):** centro que brinda atención a las personas que no pueden vivir seguras en sus hogares, pero que no necesitan estar en un hospital.

El Navegador de atención le ayudará a comprender cada programa. Para saber más sobre cualquiera de estos programas, llame a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para comunicarse con un Navegador de atención (los números de teléfono y los horarios de atención figuran en la parte inferior de esta página).

F. Cómo obtener servicios de salud conductual (trastornos de salud mental y por abuso de sustancias)

Usted tendrá acceso a servicios de salud conductual médicamente necesarios que están cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan proporciona acceso a servicios de salud conductual cubiertos por Medicare. Los servicios de salud conductual cubiertos por Medi-Cal no son brindados por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, pero estarán disponibles para miembros elegibles de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan a través del Departamento de Salud Mental del condado de Los Angeles (LACDMH) y el Departamento de Salud Pública del condado de Los Angeles (LACDPH).

F1. ¿Qué servicios de salud conductual de Medi-Cal se brindan fuera de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan a través del Departamento de Salud Mental del condado de Los Angeles (LACDMH) y el Departamento de Salud Pública del condado de Los Angeles (LACDPH)?

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal se encuentran disponibles a través del plan de salud mental (MHP) del condado si cumple con los criterios de necesidad médica de los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal. Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal proporcionados por el Departamento de Salud Mental del condado de Los Angeles (LACDMH) incluyen los siguientes:

- Servicios de salud mental (evaluación, terapia, rehabilitación, servicios colaterales y desarrollo del plan);
- Servicios de apoyo de medicamentos;
- Tratamiento intensivo diurno;
- Rehabilitación diurna;
- Intervención en caso de crisis;
- Estabilización en caso de crisis;
- Servicios de tratamiento residencial para adultos;
- Servicios de tratamiento residencial en caso de crisis;
- Servicios en centros de salud psiquiátrica;
- Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados;
- Administración de casos orientada.

Los servicios de Drug Medi-Cal se encuentran disponibles a través del Departamento de Salud Pública del condado de Los Angeles (LACDPH) si cumple con los criterios de necesidad médica

de los servicios de Drug Medi-Cal. Los servicios de Drug Medi-Cal proporcionados por el Departamento de Salud Pública del condado de Los Angeles (LACDPH) incluyen los siguientes:

- Servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios;
- Servicios de tratamiento residencial;
- Servicios gratuitos de medicamentos para pacientes ambulatorios;
- Servicios de tratamiento para dejar los narcóticos; y
- Servicios de tratamiento con naltrexona para casos de dependencia opioide.

Además de los servicios de Drug Medi-Cal mencionados anteriormente, puede tener acceso a servicios de desintoxicación voluntaria para pacientes hospitalizados si cumple con los criterios de necesidad médica.

Disponibilidad de servicios de salud conductual

Tiene a su disposición una variedad completa de servicios. Puede autorremitirse a un proveedor contratado, y también puede referirlo su PCP, un familiar, etc. No hay “puertas equivocadas” en lo que respecta al acceso a los servicios. Para obtener ayuda a la hora de recibir servicios, puede consultar a los siguientes contactos:

- Línea del condado en caso de crisis y para remisión (consulte la Sección K del Capítulo 2 de esta guía para obtener el número de teléfono y los horarios de atención).
- Departamento de Salud Pública del condado de Los Angeles, Prevención y control de abuso de sustancias (llame al 888-742-7900 (TTY: 711), las 24 horas, los siete días de la semana)
- Línea de salud conductual de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (consulte la Sección D del Capítulo 2 de esta guía para obtener el número de teléfono y los horarios de atención).
- Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (el número de teléfono y los horarios de atención figuran en la parte inferior de esta página)

Proceso para determinar los servicios médicos necesarios

Un proveedor debidamente autorizado determina la necesidad médica. Los criterios de necesidad médica son utilizados tanto por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan como por el condado, han sido desarrollados por expertos en salud conductual y otros interesados, y cumplen con los requisitos reglamentarios.

Proceso de remisión entre Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y el condado

Si usted recibe servicios de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan o del condado, puede ser remitido a la otra entidad de acuerdo con sus necesidades. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan o el condado pueden remitirlo llamando a la entidad a la que se realiza la remisión. Además, el proveedor que realiza la remisión debe completar un formulario de referencia que se enviará a la entidad a la que lo refieren.

Proceso de resolución de problemas

En caso de que haya una disputa entre usted y el condado o Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, usted seguirá recibiendo la atención de salud conductual médicamente necesaria, incluidos los medicamentos recetados, hasta que se resuelva la disputa. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ha trabajado con el condado para desarrollar procesos de resolución que sean oportunos y no influyan de forma negativa en los servicios que usted necesita recibir. También puede recurrir al proceso de Apelaciones de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan o del condado, según la entidad con la que tenga la disputa.

G. Cómo obtener servicios de transporte

Los **servicios de transporte médico** son servicios de ambulancia de emergencia. El transporte en ambulancia de emergencia hasta el primer hospital que acepte al miembro para atención de emergencia está cubierto en relación con los servicios de emergencia. Estos servicios incluyen ambulancia y servicios de transporte en ambulancia brindados a través del sistema de respuesta ante emergencias “911”.

El **Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT)** está cubierto por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Los servicios de NEMT son adecuados si se documenta que la condición del miembro es tal que se contraindica cualquier otro medio de transporte (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Los servicios de transporte médico pueden brindarse en ambulancia, camioneta para personas discapacitadas y silla de ruedas. La transferencia de un miembro desde un hospital hasta otro hospital o centro, o desde un centro al hogar, debe tener las siguientes características:

- Ser médicamente necesaria; y
- Haber sido solicitada por un proveedor del plan; y
- Haber sido autorizada con anticipación por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan también ofrece servicios de **Transporte médico que no sea de emergencia (NMT)** desde el consultorio del médico y hasta este. Los servicios de transporte se brindan a través de taxi, vehículo para pasajeros u otros medios. Todos los miembros que soliciten el transporte deben ser elegibles para el servicio en el mes en que lo solicitan. El Departamento de Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan se encarga de los arreglos relacionados con el Transporte médico que no sea de emergencia y el Transporte no médico. Puede llamar a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para que lo comuniquen con la división de transporte, o bien, puede llamarlos directamente al 1-877-433-2178 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Se recomienda que los arreglos para viajes se realicen con un mínimo de veinticuatro (24) horas de anticipación.

H. Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

H1. Atención cuando tiene una emergencia médica

Definición de una emergencia médica
Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como dolor intenso o una herida de gravedad. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede esperar que la condición tenga las siguientes consecuencias:

- Riesgos graves para su salud o la del feto; **o**
- Un grave deterioro de las funciones corporales; **o**
- Una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo; **o**
- En el caso de una mujer embarazada, un trabajo de parto, cuando:
  - No haya suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto.
  - La transferencia a otro hospital pueda poner en riesgo su salud o seguridad, o la del feto.

Qué hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. **No** es necesario que primero obtenga la aprobación o la remisión del PCP.
- **Asegúrese lo antes posible de avisarle a nuestro plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona deben llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. No obstante, no deberá pagar por los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. Llame a Atención al Cliente de 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. El número de teléfono de Atención al Cliente se encuentra en su Tarjeta de identificación de miembro.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Usted puede obtener atención de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a una sala de emergencias,

nuestro plan lo cubre. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en la Sección D del Capítulo 4.

En 2022, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan les ofrecerá a sus miembros cobertura médica de emergencia en cualquier momento que la necesiten y en cualquier parte del mundo. No existe un límite de cobertura del plan para servicios de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos por año. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en la Sección D del Capítulo 4.

Una vez que finalice la emergencia, es posible que necesite recibir atención de seguimiento para garantizar que se mejore. Nuestro plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe la atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red de servicios, intentaremos que otros proveedores de la red de servicios se hagan cargo de su atención lo antes posible.

Recibir atención de emergencia si no se trataba de una emergencia

Algunas veces puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que solicite atención de emergencia, pero el médico le diga que no era realmente una emergencia. Cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

No obstante, después de que el médico diga que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional solo si:

- Acude a un proveedor de la red de servicios; **o**
- La atención que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las normas para obtener esta atención. (Consulte la siguiente sección).

H2. Atención de urgencia

Definición de atención de urgencia

La atención de urgencia se refiere a la atención que se obtiene por una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo, es posible que tenga una exacerbación de una afección existente y que necesite que la traten.

Atención de urgencia cuando se encuentra dentro del área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, cubriremos la atención de urgencia solo si:

- Usted recibe esta atención por parte de un proveedor de la red de servicios; **y**
- Sigue las otras normas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no puede llegar a un proveedor de la red de servicios, cubriremos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Atención de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor de la red de servicios. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan les ofrece a sus miembros cobertura médica de urgencia en cualquier momento que la necesiten y en cualquier parte del mundo. No existe un límite de cobertura del plan para servicios de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos por año. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en la Sección D del Capítulo 4.

H3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Visite nuestra página web para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre declarado: www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red de servicios, le permitiremos que obtenga atención de proveedores fuera de la red de servicios sin costo alguno para usted. Si no puede usar una farmacia de la red de servicios durante un desastre declarado, puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

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

Si un proveedor le envía a usted una factura en lugar de enviarla al plan, debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de la factura.

No debe pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que el plan no pueda realizar el reembolso.

Si ha pagado por sus servicios cubiertos **o** ha pagado más de lo que le corresponde, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte las Secciones A y B del Capítulo 7 para saber qué debe hacer.

I1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por el plan

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cubre todos los servicios:

- Que se hayan determinado médicamente necesarios; **y**
- Que figuren en la Tabla de beneficios del plan (consulte la Sección D del Capítulo 4); **y**
- Que usted obtiene al seguir las normas del plan.

Si usted recibe algún servicio que no esté cubierto por nuestro plan, **debe pagar el costo total.**

Si desea saber si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene el derecho a solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

Las Secciones D, E, F y G del Capítulo 9 le explican qué hacer si quiere solicitarnos que cubramos un artículo o servicio médico. También le informa cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Asimismo, puede llamar a Atención al Cliente para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si pasa ese límite, deberá pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame a Atención al Cliente para averiguar cuáles son los límites y cuánto le falta para alcanzarlos.

J. Cobertura de los servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica

J1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también conocido como un estudio clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos o de atención médica. Solicitan voluntarios para que ayuden en el estudio. Este tipo de estudio ayuda a los médicos a decidir si un nuevo tipo de atención médica o medicamento funciona y si es seguro.

Una vez que Medicare apruebe un estudio en el que usted desea participar, una persona que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted. Esa persona le informará sobre el estudio y determinará si cumple con los requisitos para participar. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con las condiciones requeridas. También debe entender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras participa en el estudio, puede seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, puede continuar recibiendo atención de nuestro plan que no esté relacionada con el estudio.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan o su médico de atención primaria lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brinden la atención como parte del estudio sean proveedores de la red de servicios.

Sí debe informamos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su Navegador de atención deben ponerse en contacto con Atención al Cliente para informarnos que usted participará en un estudio clínico.

J2. Pago de los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará nada por los servicios cubiertos en virtud del estudio y Medicare pagará los servicios cubiertos en virtud del estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los productos y servicios que recibe como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.

- Una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Si participa en un estudio que Medicare **no ha aprobado**, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

J3. Obtener más información sobre estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica en la publicación "Medicare & Clinical Research Studies" (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en la página web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar 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.

K. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

K1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un establecimiento que brinda atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica.

Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio es solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

K2. Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega a recibir un tratamiento médico que "no esté exceptuado".

- El tratamiento médico que "no esté exceptuado" corresponde a la atención que es voluntaria y que no es obligatoria según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" corresponde a la atención que no se considera voluntaria y que es obligatoria según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicará lo siguiente:
  - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes hospitalizados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
  - Debe obtener nuestra aprobación antes de que lo ingresen en el centro; de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.

No existen límites para la cantidad de días cubiertos en cada hospitalización. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en la Sección D del Capítulo 4.

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

El Equipo médico duradero (DME) se refiere a ciertos productos solicitados por un proveedor para usar en su propio hogar. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos para generar el habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Siempre será propietario de ciertos artículos, como dispositivos protésicos.

En esta sección, hacemos referencia a los DME que debe alquilar. Sin embargo, como miembro de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, por lo general no se quedará con el DME, independientemente de cuánto tiempo lo alquile.

En determinadas situaciones, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan le puede transferir la posesión del DME a usted si cumple con uno o todos los requisitos que se enumeran a continuación:

- Tiene una necesidad médica continua de artículos que cuesten menos de $150 o bombas parenterales/para infusión;
- Certificado médico;
- El dispositivo o equipo está hecho a su medida.

Llame a Atención al Cliente para averiguar los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe presentar.

L2. Posesión del DME cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede establecer la cantidad de meses durante los que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de poder quedarse con el equipo.

Nota: Puede encontrar definiciones de los planes Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre ellos en la Guía *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022). Si usted 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 siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para ser propietario del DME, deberá realizar 13 pagos consecutivos en Original Medicare, o la cantidad de pagos consecutivos establecidos por el plan Medicare Advantage, en los siguientes casos:

- Si no se había convertido en el propietario del DME mientras estaba en nuestro plan; **y**
- Si deja nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare o un plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos por el DME en Original Medicare o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **estos pagos de Medicare o Medicare Advantage no se tienen en cuenta para los pagos que debe realizar después de abandonar nuestro plan.**

- Para ser propietario del DME, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos en Original Medicare o la cantidad de pagos consecutivos nuevos establecidos por el plan Medicare Advantage.
- No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare o un plan Medicare Advantage.

L3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si reúne los requisitos para los equipos de oxígeno cubiertos por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno;
- Entrega del oxígeno y de los contenidos del oxígeno;
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega del oxígeno y de los contenidos del oxígeno; y
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno.

Los equipos de oxígeno deben devolverse al propietario cuando ya no sean médicamente necesarios para usted o si deja nuestro plan.

L4. Equipos de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

Cuando los equipos de oxígeno son médicamente necesarios y **usted deja nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, se los alquilará a un proveedor durante 36 meses. Los pagos mensuales de alquiler cubren los equipos de oxígeno y los suministros y servicios que se mencionan arriba.

Si los equipos de oxígeno son médicamente necesarios **después de haberlos alquilado durante 36 meses**, sucede lo siguiente:

- Su proveedor debe proporcionar los equipos de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses;
- Su proveedor debe proporcionar los equipos de oxígeno y los suministros por hasta cinco años si son médicamente necesarios.

Si los equipos de oxígeno todavía siguen siendo médicamente necesarios **al final del período de cinco años**, sucede lo siguiente:

- Ya no es obligatorio que su proveedor los proporcione, y usted puede elegir obtener los equipos de reemplazo de cualquier proveedor;
- Comienza un nuevo período de cinco años;
- Usted alquilará los equipos de un proveedor durante 36 meses;
- Su proveedor debe proporcionar los equipos de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses;
- Comienza un nuevo ciclo cada cinco años, siempre y cuando los equipos de oxígeno sean médicamente necesarios.

Cuando los equipos de oxígeno son médicamente necesarios y **usted deja nuestro plan y se cambia a un plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Original Medicare. Puede consultar con el plan Medicare Advantage qué equipos de oxígeno y suministros cubre y cuáles serán sus costos.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo hace referencia a los servicios que cubre Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y cualquier restricción o límite sobre estos servicios, y cuánto debe pagar usted por cada uno. También le informa sobre los beneficios que no están cubiertos en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para los Miembros.*

Índice

A. Sus servicios cubiertos y los costos que paga de su bolsillo 59

A1. Durante las emergencias de salud pública 59

B. Normas contra proveedores que cobran por servicios 59

C. La Tabla de beneficios de nuestro plan 59

D. La Tabla de beneficios.....61

E. Beneficios cubiertos fuera de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan..... 116

E1. Transiciones a la comunidad de California (CCT) 116

E2. Programa odontológico de Medi-Cal 117

E3. Atención para enfermos terminales 117

F. Beneficios no cubiertos por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, Medicare o Medi-Cal..... 118

A. Sus servicios cubiertos y los costos que paga de su bolsillo

Este capítulo le indica qué servicios paga Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. También le informa cuánto debe pagar por cada servicio. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos aparece en las Secciones B, C y D del Capítulo 5. Este capítulo también explica los límites en algunos servicios.

Para algunos servicios, se le cobrará un costo que paga de su bolsillo llamado copago. Este es un monto fijo (por ejemplo, $5) que paga cada vez que recibe ese servicio. Usted paga el copago en el momento en que recibe el servicio médico.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su Navegador de atención o a 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.

A1. Durante las emergencias de salud pública

Los planes que proporcionan la cobertura requerida y las flexibilidades permitidas a los miembros sujetos a una declaración de emergencia de salud pública (por ejemplo, la pandemia de COVID-19) describen de forma concisa la cobertura y las flexibilidades aquí o incluyen información general sobre la cobertura y las flexibilidades junto con cualquier referencia cruzada, según corresponda. Los planes incluyen si dicha cobertura y flexibilidades dependen de la duración de la emergencia de salud pública, que puede durar o no todo el año. Además, los planes incluyen cualquier información de contacto específica, según corresponda, donde los miembros pueden obtener más detalles.

B. Normas contra proveedores que cobran por servicios

No permitimos que los proveedores de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan le facturen los servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si lo hace, consulte la Sección A del Capítulo 7 o llame a Atención al Cliente.

C. La Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios indica qué servicios paga el plan. Enumera las categorías de servicios en orden alfabético y explica los servicios cubiertos.

Pagaremos los servicios mencionados en la Tabla de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas.

- Los servicios que cubren Medicare y Medi-Cal deben brindarse de conformidad con las normas establecidas por Medicare y Medi-Cal.

- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios de salud conductual y abuso de sustancias, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que usted vaya a un hospital o a un hogar de convalecencia. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las recomendaciones aceptadas de la práctica médica. Un servicio es médicamente necesario cuando es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad o discapacidad significativa o aliviar un dolor intenso.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red de servicios. Un proveedor de la red de servicios es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, no pagaremos la atención que reciba de un proveedor fuera de la red de servicios. La Sección D del Capítulo 3 tiene más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red de servicios.
- Usted tiene un médico de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que le brindan y supervisan su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda consultar a otra persona que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red de servicios del plan. Esto se denomina remisión. En la Sección D del Capítulo 3, se incluye más información sobre cómo obtener una remisión y explica las situaciones en las que no necesita una.
- Debe recibir atención de proveedores que estén afiliados al grupo médico de su PCP. Para obtener más información, consulte la Sección D del Capítulo 3.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red de servicios obtienen nuestra aprobación primero. Esto se denomina autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa primero se señalan en la Tabla de beneficios. Para obtener más información, consulte la Sección D del Capítulo 4.
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.
- Es posible que los Servicios opcionales del plan de atención (CPO) estén disponibles en su Plan de atención personalizado. Estos servicios le brindan Ayuda adicional en el hogar, como comidas, ayuda para usted o su cuidador, o asas de sujeción y rampas para la ducha. Estos servicios pueden ayudarlo a vivir de forma más independiente, pero **no** reemplazan a los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que usted está autorizado a recibir en virtud de Medi-Cal. Algunos ejemplos de servicios CPO que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ofreció en el pasado incluyen los siguientes: Partners in Care Foundation para la administración de casos, evaluaciones y servicios en el hogar y basados en la comunidad, y LifeSpring para entrega de comidas a domicilio. Póngase en contacto con su Navegador de atención si necesita ayuda o desea obtener información sobre cómo pueden ayudarle los servicios CPO.

D. La Tabla de beneficios

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagaremos por una ecografía de detección solo una vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Acupuntura Pagaremos un máximo de dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios cada mes calendario o con más frecuencia si son médicamente necesarios. Además, pagaremos un máximo de 12 visitas durante 90 días si tiene dolor crónico en la zona lumbar, que se define como: • Dura 12 semanas o más; • No es específico (no tiene una causa sistémica identificable, es decir, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • No está relacionado con una cirugía; **y** • No está relacionado con un embarazo. Además, pagaremos 8 sesiones adicionales de acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar si demuestra una mejora. No se pueden cubrir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar en un año. El tratamiento de acupuntura debe suspenderse si usted no mejora o empeora. Los beneficios se proporcionan a través de un contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Para obtener más información o encontrar un proveedor participante de ASH Plans, puede llamar a ASH Plans al (800) 678-9133, TTY: (877) 710-2746, de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m. También puede llamar a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect o usar la herramienta Find a Doctor (Buscar un médico) en blueshieldca.com para encontrar a un proveedor participante de ASH Plans.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de telesalud adicionales Teladoc ofrece consultas con un médico por teléfono o video las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar y tratar afecciones médicas básicas y también pueden recetar determinados medicamentos. Teladoc es un servicio complementario que no pretende reemplazar la atención de su médico de atención primaria. Inicie sesión en blueshieldca.com/teladoc o la aplicación Blue Shield of California para solicitar una visita. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con Teladoc por teléfono al 1-800-Teladoc (1-800-835-2363) TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.	$0
	Prueba de detección y orientación de abuso de alcohol Pagaremos una sola detección de abuso de alcohol (SBIRT) para adultos que abusen del alcohol, pero que no tengan una dependencia. Esto incluye mujeres embarazadas. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones personales breves de asesoramiento cada año (si puede y está alerta durante el asesoramiento) brindado por un proveedor o médico de atención primaria que cumple con los requisitos en un establecimiento de atención primaria. Las intervenciones breves generalmente incluyen de 1 a 3 sesiones, de 15 minutos de duración por sesión, que se ofrecen en persona, por teléfono o en modalidad de telesalud.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención. Su condición debe ser lo suficientemente grave para que otras formas de llegar a un lugar de atención pongan en riesgo su vida o salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben tener nuestra aprobación. En aquellos casos que no son emergencias, podemos pagar una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave para que otras maneras de llegar a un lugar de atención pongan en riesgo su vida o salud. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0
	Examen físico anual Usted tiene un examen físico de rutina cubierto cada 12 meses además de la visita anual de bienestar. Esta visita incluye una revisión integral de su historia clínica y sus antecedentes familiares, una evaluación completa y detallada, y otros servicios, remisiones y recomendaciones que puedan ser adecuados. Los servicios de laboratorio, procedimientos de diagnóstico u otros tipos de servicios no están cubiertos por este beneficio, y usted debe pagar el monto de costo compartido de su plan por cada uno de esos servicios por separado.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Visita anual de bienestar Puede obtener un examen médico anual. Esto es para realizar o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Pagaremos por esa visita una vez cada 12 meses.	$0
	Medición de la masa ósea Pagaremos por ciertos procedimientos para los miembros que cumplen con los requisitos (por lo general, personas en riesgo de perder masa ósea o contraer osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran la pérdida ósea o descubren la calidad ósea. Pagaremos por el servicio una vez cada 24 meses o más seguido si es médicamente necesario. También pagaremos para que un médico examine y comente los resultados.	$0
	Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Pagaremos los siguientes servicios: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años; • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más; y • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Pagaremos por servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones con una *remisión* de un médico. También cubrimos programas de rehabilitación cardíaca intensivos, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0
	Visita para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (tratamiento para una enfermedad cardíaca) Cubrimos una visita por año, o más si es médicamente necesario, con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante la visita *o* las visitas, su médico puede hacer lo siguiente: • Hablar sobre el uso de la aspirina; • Controlar la presión arterial; **o** • Brindarle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien.	$0
	Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagamos los análisis de sangre para verificar si padece una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también controlan si hay defectos debido al alto riesgo de padecer enfermedades cardíacas.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Pagaremos los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Para mujeres que corren alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para mujeres que han obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años y están en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para las mujeres de 30 a 65 años: prueba del virus del papiloma humano (VPH) o prueba de Papanicolaou además de la prueba del VPH una vez cada 5 años.	$0
	Servicios de quiropráctica Pagaremos los siguientes servicios: • Ajustes de la columna vertebral para lograr la alineación.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Prueba de detección de cáncer colorrectal Para personas mayores de 50 años, pagaremos los siguientes servicios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección) cada 48 meses; • Análisis de sangre oculta en la materia fecal cada 12 meses; • Análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol o prueba inmunoquímica fecal cada 12 meses; • Prueba de detección de cáncer colorrectal basada en ADN cada 3 años; • Colonoscopia cada diez años (pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección); y • Colonoscopia (o enema de bario de detección) para personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cada 24 meses. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS) Los CBAS son un programa de servicios basados en un centro para pacientes ambulatorios en los que las personas asisten de acuerdo con un programa. Proporcionan atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (incluida ocupacional, fisioterapia y del habla), atención personal, capacitación y apoyo para la familia o el cuidador, servicios nutricionales, servicios de transporte y otros servicios. Pagaremos los CBAS si cumple con los criterios de elegibilidad. **Nota:** Si un centro de CBAS no está disponible, podemos proporcionar estos servicios por separado. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0
	Orientación para dejar de fumar o consumir tabaco Si consume tabaco, no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco, y quiere o desea dejar de fumar: • Pagaremos dos tentativas para dejarlo en un período de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada tentativa de dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas personales de orientación. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: • Cubriremos dos tentativas de orientación para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro visitas personales. Si está embarazada, puede recibir sesiones de orientación ilimitadas para dejar de fumar con autorización previa.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios odontológicos Ciertos servicios odontológicos, incluidas las limpiezas, los empastes y las dentaduras, están disponibles a través del Programa odontológico de Medi-Cal. Para obtener más información sobre este beneficio, consulte la Sección F. Denti-Cal cubrirá hasta $1,800 en servicios cada año calendario. Para obtener más información, consulte la página web de Denti-Cal y la Guía para los beneficiarios de servicios odontológicos de Medi-Cal de California en www.denti-cal.ca.gov *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0
	Prueba de detección de depresión Pagaremos una sola prueba de detección de depresión cada año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y tratamiento de seguimiento.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Prueba de detección de diabetes Pagaremos esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • Presión arterial alta (hipertensión); • Niveles históricos anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia); • Obesidad; o • Historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede cumplir con los requisitos para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	$0

	Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros
	
	Pagaremos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen o no insulina):
	• Suministros para controlar la glucosa en sangre, incluido lo siguiente:
	  ○ Un glucómetro
	  ○ Tiras reactivas para controlar el nivel de glucosa en sangre
	  ○ Dispositivos de punción y lancetas
	  ○ Soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los medidores
	
	Este beneficio continúa en la página siguiente.
		$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros (continuación) ○ Para las tiras reactivas y los glucómetros, el fabricante preferido es Abbott. No se necesitará que su médico obtenga una aprobación por adelantado (a veces llamada “autorización previa”) del plan para las tiras reactivas y los glucómetros FreeStyle® (fabricados por Abbott). Se necesitará que su médico obtenga una aprobación por adelantado (a veces llamada “autorización previa”) del plan para las tiras reactivas y los glucómetros de los demás fabricantes. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave, pagaremos lo siguiente: ○ Un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidas las plantillas ortopédicas), con adaptación incluida, y dos pares de plantillas ortopédicas adicionales cada año calendario; **o** ○ Un par de zapatos profundos, con adaptación incluida, y tres pares de plantillas ortopédicas cada año (sin incluir las plantillas ortopédicas extraíbles que no son a medida proporcionadas con dichos zapatos). • En algunos casos, pagaremos la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Atención al Cliente. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de “Equipo médico duradero (DME)”, consulte el Capítulo 12 de esta guía). Se cubren los siguientes artículos: • Sillas de ruedas • Muletas • Colchones eléctricos • Almohadilla de presión seca para el colchón • Suministros para diabéticos • Camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar • Bombas de infusión intravenosa (IV) y soporte • Bomba y suministros enterales • Dispositivos para generar el habla • Equipos y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andadores • Bastón de mango curvo estándar o bastón de cuatro patas y suministros de reemplazo • Tracción cervical (sobre la puerta) • Estimulador óseo • Equipos de atención para diálisis Se pueden cubrir otros artículos. Cubriremos todos los DME médicamente necesarios que suelen cubrir Medicare y Medi-Cal. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitar que se realice un pedido especial para usted. Es posible que se apliquen normas de autorización. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar

	Atención de emergencia
	
	La atención de emergencia comprende servicios que:
	• Son brindados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; **y**
	• Son necesarios para tratar una emergencia médica.
	
	Una emergencia médica es una afección médica con dolor agudo o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede esperar que la condición tenga las siguientes consecuencias:
	• Riesgos graves para su salud o la del feto; **o**
	• Un grave deterioro de las funciones corporales; **o**
	• Una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo; **o**
	• En el caso de una mujer embarazada, un trabajo de parto, cuando:
	  ○ No haya suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto.
	  ○ La transferencia a otro hospital pueda poner en riesgo su salud o seguridad, o la del feto.
		$0
		
		Usted no tiene un límite anual combinado para atención de emergencia cubierta o servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios no se aplican al límite máximo del plan de costos que paga de su bolsillo.
		
		Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red de servicios y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que su condición de emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital de la red de servicios para que se siga cubriendo su atención, *O* si debe recibir atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red de servicios que el plan autorice, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red de servicios.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de planificación familiar La ley le permite escoger cualquier proveedor para determinados servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar. Pagaremos los siguientes servicios: • Examen de planificación familiar y tratamiento médico. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico de planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (DIU, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parches o anillos). • Suministros de planificación familiar recetados (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón). • Orientación y diagnóstico de infertilidad, así como servicios relacionados. • Asesoramiento, pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS). • Asesoramiento y pruebas de VIH y SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH. • Anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización, al menos, con 30 días de anticipación, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía). • Orientación genética. También pagaremos algunos otros servicios de planificación familiar. No obstante, debe consultar a un proveedor de nuestra red de servicios de proveedores para los siguientes servicios: • Tratamiento de afecciones médicas relacionadas con la infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada). **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Copago de $0 para servicios médicos y de diagnóstico. Pueden aplicarse copagos a los artículos recetados.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de planificación familiar (continuación) • Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Exámenes genéticos.	
	Programas educativos sobre salud y bienestar Ofrecemos una variedad de programas especiales para determinados problemas de salud. Estos incluyen lo siguiente: • Clases de educación para la salud; • Clases de educación nutricional; • Servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco; **y** • Línea directa de información de enfermería. La Línea de enfermería de Blue Shield of California Promise Health Plan ofrece apoyo con personal de enfermería registrado disponible para responder preguntas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame a la Línea de enfermería al (800) 609-4166 (TTY: 711). El personal de enfermería está disponible por teléfono para responder preguntas generales de salud y ofrecer instrucciones sobre recursos adicionales para obtener más información. Con la Línea de enfermería, los miembros pueden obtener un resumen de la conversación en su correo electrónico que incluye toda la información y enlaces para facilitar la consulta.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Clases de acondicionamiento físico y membresía del gimnasio **Programa de acondicionamiento físico de SilverSneakers®** Ejercicio, educación y actividades sociales con acceso a lo siguiente: • Miles de lugares de acondicionamiento físico en todo el país que puede usar en cualquier momento. • Equipos para realizar ejercicio y clases de SilverSneakers. • Eventos y actividades sociales. • Clases de SilverSneakers FLEX™, como yoga, ritmos latinos y taichí. • Siéntase como si estuviera en clases, sin salir del hogar con SilverSneakers Life.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios auditivos Pagamos exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por su proveedor. Estas pruebas indicarán si necesita tratamiento médico. Las pruebas están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor que cumple con los requisitos. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cubre hasta **$2,000** en beneficios de audífonos complementarios para ambos oídos combinados cada año de beneficios (desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre). Los beneficios de audífonos incluyen los siguientes: • Audífonos; • Moldes; • Suministros de modificación; • Accesorios. Además del beneficio complementario anterior, Medi-Cal puede cubrir hasta **$1,510** en beneficios de audífonos cada año fiscal (desde el 1 de julio hasta el 30 de junio). Si está embarazada o reside en un centro de enfermería, también pagaremos los audífonos, incluido lo siguiente: • Moldes, suministros y accesorios insertables. • Reparaciones que superen los $25 cada una. • Un juego de pilas inicial. • Seis visitas para capacitación, ajustes y adaptación con el mismo proveedor después de obtener el audífono. • Alquiler de audífonos para período de prueba. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	Copago de $0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Prueba de detección de VIH Pagamos una prueba de detección de VIH cada 12 meses para las personas que reúnan las siguientes características: • Solicitan una prueba de detección de VIH; **o** • Tienen mayor riesgo de contraer una infección de VIH. En el caso de mujeres embarazadas, pagamos hasta tres pruebas de detección de VIH durante el embarazo. También pagaremos las pruebas de detección de VIH cuando lo recomiende su proveedor.	$0
	Cuidados de una agencia de servicios de asistencia médica a domicilio Antes de que pueda obtener servicios de atención médica a domicilio, un médico debe informarnos que usted los necesita; una agencia de atención médica a domicilio deberá brindárselos. Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista: • Servicios de enfermería especializada o atención médica a domicilio de forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención de la salud en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Tratamiento de infusión en el hogar El plan pagará el tratamiento de infusión en el hogar, que se define como medicamentos o sustancias biológicas administrados por vena o aplicados de manera subcutánea y en el hogar. Se necesitan los siguientes elementos para realizar la infusión en el hogar: • El medicamento o la sustancia biológica, como un medicamento antiviral o la inmunoglobulina; • Equipos, como una bomba; **y** • Suministros, como una sonda o un catéter. El plan cubrirá los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de profesionales, incluidos servicios de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención; • Capacitación y educación para miembros que no se incluyen en el beneficio de DME; • Monitoreo remoto; **y** • Servicios de monitoreo para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor de tratamiento de infusión en el hogar que cumple con los requisitos. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	Usted paga $0 por cada visita de tratamiento de infusión en el hogar cubierta.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Entrega de comidas a domicilio Luego de recibir el alta tras una estadía en un hospital para pacientes hospitalizados o centro de atención de enfermería especializada (SNF), cubrimos lo siguiente: • 22 comidas y 10 refrigerios por alta. • Las comidas y los refrigerios se dividirán en hasta tres entregas separadas, según sea necesario. • La cobertura está limitada a dos altas por año. Para obtener más información, puede llamar a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (los números de teléfono figuran en el dorso de este documento).	$0
	Atención para enfermos terminales Puede recibir atención de cualquier programa de centros para enfermos terminales certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un centro para enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro determinan que tiene un diagnóstico de enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que se espera que viva seis meses o menos. Su médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red de servicios o un proveedor fuera de la red de servicios. El plan pagará lo siguiente cuando reciba servicios en un centro para enfermos terminales: • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor; • Atención de relevo a corto plazo; y • Atención médica a domicilio. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención para enfermos terminales (continuación) **Los servicios del centro para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare se facturan a Medicare.** • Para obtener información, consulte la Sección F de este capítulo. • Cuando está en un programa de centros para enfermos terminales certificados por Medicare, este paga los servicios de la Parte A y la Parte B de Medicare relacionados con su enfermedad terminal. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan no paga por estos servicios. **Para los servicios cubiertos por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:** • Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cubrirá los servicios que le correspondan y que no cubran la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, ya sea que se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal o no. Usted no paga nada por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:** • Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte las Secciones B, C y D del Capítulo 5. **Nota:** Si necesita cuidados que no son para enfermos terminales, debe comunicarse con su navegador de atención para coordinar los servicios. Los cuidados que no son para enfermos terminales son atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal. Para hablar con su Navegador de atención, llame a Atención al Cliente al número de teléfono que figura en la parte inferior de esta página y seleccione la opción de Navegador de atención de la lista. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención para enfermos terminales (continuación) Nuestro plan cubre los servicios de consulta con centros para enfermos terminales (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha elegido el beneficio de centros para enfermos terminales.	
	Inmunizaciones Pagaremos los siguientes servicios: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez para cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. Pagaremos otras vacunas que respeten las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección H del Capítulo 6. También cubrimos todas las vacunas para adultos según lo recomienda el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención para pacientes hospitalizados Pagaremos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se incluyen en esta lista: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario); • Comidas, incluidas dietas especiales; • Servicios de enfermería permanentes; • Costos de las unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios; • Medicamentos; • Análisis de laboratorio; • Radiografías y otros servicios radiológicos; y • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red de servicios después de que se estabilice la emergencia.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención para pacientes hospitalizados (continuación) • Aparatos, como sillas de ruedas; • Servicios de la sala de operaciones y de recuperación; • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla; • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados; • En determinados casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas/riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplantes están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede recibir sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan brinda servicios de trasplante fuera del patrón de atención de su comunidad y usted elige recibir el trasplante en ese lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento para usted y un acompañante. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración; y • Servicios médicos. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0 Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red de servicios después de que se estabilice la emergencia.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención de salud mental para pacientes hospitalizados Pagaremos los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. • Si necesita servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente, pagaremos los primeros 190 días. Después, la agencia local de salud mental del condado pagará los servicios de psiquiatría para pacientes hospitalizados que sean médicamente necesarios. La autorización para la atención que supere los 190 días se coordinará con la agencia local de salud mental del condado. ○ El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Si tiene 65 años o más, pagaremos los servicios que reciba en un Instituto de enfermedades mentales (IMD).	$0
	Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta Si la hospitalización no es razonable ni médicamente necesaria, no la pagaremos. Sin embargo, en determinadas situaciones en las que la atención para pacientes hospitalizados no esté cubierta, es posible que paguemos los servicios que usted reciba mientras se encuentre en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Atención al Cliente. Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista: • Servicios del médico. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar

	Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta (continuación)
	• Exámenes de diagnóstico, como los análisis de laboratorio.
	• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos.
	• Vendajes quirúrgicos.
	• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones.
	• Dispositivos protésicos y ortésicos, que no sean dentales, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que:
	  ○ Reemplazan de manera total o parcial un órgano interno del cuerpo (incluso el tejido contiguo); **o**
	  ○ Reemplazan de manera total o parcial un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona.
	• Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado del paciente.
	• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
	Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.	

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios y suministros para la enfermedad renal Pagaremos los siguientes servicios: • Servicios educativos sobre enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe darle una remisión. Cubriremos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluso tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en la Sección D del Capítulo 3. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si es ingresado en el hospital para recibir atención especial. • Preparación para autodiálisis, incluida su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar. • Equipo y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio, por ejemplo, las visitas necesarias de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua. El beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte el apartado “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” de esta tabla. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Prueba de detección de cáncer de pulmón El plan pagará la prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses: • Si usted tiene entre 50 y 80 años; **y** • Si tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor que cumple con los requisitos; **y** • Si ha fumado al menos 1 paquete por día durante 20 años sin tener signos o síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección cada año con una solicitud escrita de un médico u otro proveedor que cumpla con los requisitos. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Terapia médica nutricional Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no se someten a diálisis. También sirve para después del trasplante de riñón cuando lo remite su médico. Pagaremos tres horas de servicios de orientación individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Podemos aprobar servicios adicionales en caso de que sean médicamente necesarios. Después, pagaremos dos horas de servicios de orientación individual cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión cada año si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales en caso de que sean médicamente necesarios. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0
	Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) El plan pagará los servicios de MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarle a aumentar un comportamiento saludable. Ofrece capacitación práctica sobre lo siguiente: • Modificación de la dieta a largo plazo; **y** • Actividad física aumentada; **y** • Formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare La Parte B de Medicare cubre estos medicamentos. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan pagará los siguientes medicamentos: • Medicamentos que no suele administrárselos usted mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes ambulatorios en un hospital o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico certifica que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos para el tratamiento del cáncer y las náuseas. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) • Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, entre ellos la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos tópicos y agentes estimuladores de la eritrocitopoyesis (como Epoetina Alfa-epbx o Aranesp®). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. También cubrimos vacunas en virtud del beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D de Medicare. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para medicamentos recetados. El Capítulo 6 explica lo que debe pagar por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios mediante nuestro plan.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Transporte médico que no sea de emergencia Este beneficio proporciona el transporte que sea más económico y accesible. Puede incluir: servicios de transporte en ambulancia, camioneta para personas discapacitadas, silla de ruedas y la coordinación del transporte paramédico. Los medios de transporte se autorizan cuando: • Su afección médica o física no le permite viajar en autobús, vehículos particulares, taxi u otro medio de transporte público o privado; **y** • Se requiere el transporte a fin de obtener la atención médica que necesita. Es posible que se requiera una autorización previa, según el servicio. Para acceder a este servicio, llame al 1-877-433-2178 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0
	Transporte no médico Este beneficio proporciona el transporte para recibir servicios médicos a través de vehículos particulares, taxi u otros medios de transporte público o privado. Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia. Proporcionaremos transporte ilimitado de ida y vuelta a los servicios cubiertos médicamente necesarios incluidos, entro otros, los siguientes: • Visitas de rutina al médico o especialistas. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Transporte no médico (continuación) • Visitas a farmacias para recoger medicamentos recetados que no puedan enviarse directamente por correo. • Recogida de suministros médicos, prótesis, dispositivos ortopédicos y otros equipos. • Servicios de salud mental especializados, servicios de trastornos por abuso de sustancias, servicios de Denti-Cal y otros servicios proporcionados por programas estatales o del condado. En determinados casos, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan incluso reembolsará a un amigo o familiar por el combustible que gaste por cada milla conducida para llevarlo a un servicio o ubicación cubiertos. El reembolso solo se hará cuando no haya otros métodos de transporte razonablemente disponibles. En caso de que usted no pueda conducir y crea que un amigo o familiar deberá usar su propio automóvil para llevarlo a un servicio o ubicación cubiertos, comuníquese con Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan antes del traslado para obtener la aprobación. Para acceder a este servicio, llame al 1-877-433-2178 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención en un centro de enfermería Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a las personas que no pueden vivir seguras en sus casas, pero que no necesitan ser internadas en un hospital. Los servicios que pagaremos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Terapia respiratoria. • Medicamentos que se le brindan como parte del plan de atención. (Esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración; • Suministros médicos y quirúrgicos que suelen brindar los centros de atención de enfermería. • Análisis de laboratorio que suelen brindar los centros de atención de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología que suelen brindar los centros de atención de enfermería. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen brindar los centros de atención de enfermería. • Servicios de médicos o profesionales. • Equipo médico duradero. • Servicios odontológicos, incluidas dentaduras. • Beneficios oftalmológicos. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención en un centro de enfermería (continuación) • Exámenes auditivos. • Atención quiropráctica. • Servicios de podiatría. Generalmente, recibirá su atención de los centros de la red de servicios. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red de servicios. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de atención en un centro de enfermería). • Un centro de atención de enfermería donde su cónyuge o pareja esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0
	Prueba de detección de obesidad y tratamiento para mantener el peso bajo Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagaremos la orientación para ayudarlo a perder peso. Debe obtener los servicios de orientación en un establecimiento de atención primaria. De esa manera, se pueden administrar con su plan total de prevención. Para obtener más información, consulte a su médico de atención primaria.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios del programa de tratamiento para combatir el uso de opioides (OTP) El plan pagará los siguientes servicios para tratar los trastornos relacionados con el uso de opioides (OUD): • Eventos y actividades sociales; • Evaluaciones periódicas; • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, en caso de ser necesario, y el control y la entrega de estos medicamentos a usted; • Asesoramiento sobre el abuso de sustancias; • Terapia individual y grupal; • Análisis para detectar drogas o químicos en el cuerpo (pruebas toxicológicas).	$0
	Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios Pagaremos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se incluyen en esta lista: • Radiografías; • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros; • Suministros quirúrgicos, como vendajes; • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones; • Análisis de laboratorio; • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración; • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se ofrecen para determinar si usted necesita ser ingresado en el hospital como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se ofrecen por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de acreditación estatal y los estatutos del personal del hospital a ingresar pacientes al centro u ordenar exámenes para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar

	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
	
	Pagamos por los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, como:
	• Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de cirugía u observación para pacientes ambulatorios.
	  ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si debe ser ingresado al hospital como "paciente hospitalizado".
	  ○ A veces puede pasar la noche en el hospital y aun así ser un "paciente ambulatorio".
	  ○ Puede obtener más información sobre pacientes hospitalizados o ambulatorios en esta ficha técnica: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf
	• Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturadas por el hospital.
	• Atención psiquiátrica, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento para paciente hospitalizado podría ser necesario sin esta atención.
	• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.
	• Suministros médicos, como entablillados y yesos.
	• Pruebas de detección y servicios preventivos que se incluyen en la Tabla de beneficios.
	• Algunos medicamentos que no se pueden autoadministrar.
	
	Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.
		$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Pagaremos los servicios de salud mental proporcionados por las siguientes personas: • Un psiquiatra o médico autorizado por el estado. • Un psicólogo clínico. • Un trabajador social clínico. • Un especialista en enfermería clínica. • Un profesional en enfermería. • Un auxiliar médico. • Cualquier otro profesional de salud mental que cumple con los requisitos de Medicare, de conformidad con las leyes estatales vigentes. Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista: • Servicios de clínicas. • Tratamiento diurno; • Servicios de rehabilitación psicosocial. • Programas intensivos para pacientes ambulatorios/de hospitalización parcial. • Tratamiento y evaluación individual o grupal para salud mental. • Pruebas psicológicas cuando se indica clínicamente evaluar un resultado de salud mental. • Servicios para pacientes ambulatorios con el fin de controlar el tratamiento con medicamentos. • Laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios. • Consulta psiquiátrica. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Pagaremos la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla. Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros. Los servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) son por un máximo de 2 sesiones de una hora por día y un máximo de 36 sesiones durante 36 semanas. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0
	Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista: • Prueba de detección y orientación de abuso de alcohol. • Tratamiento de abuso de drogas. • Orientación grupal o individual a cargo de un especialista clínico que cumple con los requisitos. • Desintoxicación subaguda en un programa de adicciones residencial. • Servicios para los problemas de consumo de alcohol o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios. • Tratamiento de naltrexona (vivitrol) de liberación prolongada. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Cirugía para pacientes ambulatorios Pagaremos la cirugía y los servicios para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0
	Productos de venta libre (OTC) Tiene derecho a una asignación trimestral de $185 para medicamentos y suministros de venta libre (OTC). Los productos como aspirinas, vitaminas, preparaciones para el resfriado y la tos, y apósitos están cubiertos por este beneficio. Los productos como cosméticos y suplementos alimenticios no están cubiertos por este beneficio. El catálogo de medicamentos de OTC y las instrucciones de pedido están disponibles en línea en **www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC**. Puede pedir artículos por teléfono llamando al 1-888-628-2770 (TTY: 711), de lunes a viernes entre las 9:00 a. m. y las 5:00 p. m., o en línea en www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC. Los pedidos se le enviarán sin cargo adicional. El envío demora aproximadamente 14 días hábiles. Este beneficio entra en vigencia el primer día de cada trimestre: 1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre. Puede realizar dos pedidos por trimestre y no puede trasladar su asignación sin utilizar al siguiente trimestre. Se pueden aplicar algunos límites. Para obtener más información, consulte el catálogo de medicamentos de OTC.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de hospitalización parcial La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Con este servicio, puede evitar la necesidad de permanecer en el hospital. **Nota:** Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red de servicios, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio para pacientes ambulatorios en un hospital. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0
	Sistema de respuesta personal ante emergencias (PERS) PERS es un sistema de control con alertas médicas que permite recibir ayuda las 24 horas, los 7 días de la semana, con solo presionar un botón. Sus beneficios de PERS son provistos por LifeStation®. Los beneficios que recibirá de LifeStation® incluyen los siguientes: • Un sistema personal de respuesta ante emergencias; • Elección de un sistema en el hogar o dispositivo móvil con GPS/WiFi; • Monitoreo mensual; y • Cargadores y cables necesarios. **Para obtener el PERS y comenzar a recibir servicios, llame al equipo de LifeStation al 1-855-672-3269, las 24 horas del día, los siete días de la semana, o visite www.medicalalertbenefits.com/bscamedicare.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de médicos o de proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico Pagaremos los siguientes servicios: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en lugares como los siguientes: ○ consultorio de un médico ○ centro quirúrgico ambulatorio certificado ○ departamento para pacientes ambulatorios de un hospital • Visitas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su médico de atención primaria si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento. • Determinados servicios de telesalud, incluidos aquellos servicios realizados para que el médico trate afecciones que no sean de emergencia, tales como síntomas de la gripe y del resfriado, alergias, bronquitis, infección respiratoria, problemas de sinusitis, sarpullido, infección ocular, migrañas y más. ○ Puede obtener estos servicios mediante una visita en persona o a través de telesalud. En caso de que decida obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar a un proveedor de la red de servicios que ofrezca el servicio mediante telesalud. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar

	Servicios de médicos o de proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)
	• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en fase terminal (ESRD) para los miembros que se realizan autodiálisis en su hogar en un centro de diálisis renal en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro.
	• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular.
	• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente.
	  ○ Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o a través de una videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si no es un paciente nuevo; **y**
	  ○ El control no se relaciona con una visita en el consultorio correspondiente a los últimos 7 días; **y**
	  ○ El control no implica una visita en el consultorio dentro de las 24 horas o de la cita disponible más próxima.
	  ○ Evaluación del video o de las imágenes que le envíe al médico y la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de las 24 horas si no es un paciente nuevo; y
	  ○ La evaluación no se relaciona con una visita en el consultorio correspondiente a los últimos 7 días; y
	  ○ La evaluación no implica una visita en el consultorio dentro de las 24 horas o de la cita disponible más próxima.
	
	Este beneficio continúa en la página siguiente.
		$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar

	Servicios de médicos o de proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)
	• Consultas que su médico haga con otros médicos por teléfono, Internet o registros médicos electrónicos en caso de que no sea un nuevo paciente.
	• Segunda opinión de otro proveedor de la red de servicios antes de una cirugía.
	• Atención odontológica que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a los siguientes:
	  ○ Cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas.
	  ○ Fijación de fracturas de mandíbula o huesos faciales.
	  ○ Extracción de dientes antes de tratamientos de radiación por una enfermedad neoplásica.
	  ○ Servicios que podrían estar cubiertos cuando los proporciona un médico.
	Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.
		$0

	Servicios de podiatría Pagaremos los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen condiciones que comprometen las piernas, como la diabetes. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años de edad o más, pagaremos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital; y • Prueba de antígeno prostático específico (PSA). *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Dispositivos protésicos y suministros relacionados Los dispositivos protésicos reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Pagaremos los siguientes dispositivos protésicos y tal vez otros dispositivos que no se incluyen en esta lista: • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de las colostomías. • Nutrición enteral y parenteral, incluidos kits de suministros alimenticios, bomba de infusión, sonda y adaptador, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas. • Marcapasos; • Dispositivos ortopédicos; • Zapatos protésicos; • Brazos y piernas artificiales; • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía); • Prótesis para reemplazar de forma total o parcial una parte externa del rostro que haya sido retirada o dañada como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito; y • Cremas y pañales para la incontinencia. También pagaremos algunos suministros relacionados con los dispositivos protésicos. Además, pagaremos la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos. Ofrecemos cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas. Para obtener más detalles, consulte el apartado “Cuidado de la vista” que figura más adelante. No pagaremos dispositivos protésicos odontológicos. Es posible que Denti-Cal cubra los dispositivos protésicos odontológicos. Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo o visite www.denti-cal.ca.gov.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de rehabilitación pulmonar Pagaremos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave. Debe tener una remisión para la rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC. Pagaremos los servicios respiratorios para pacientes que dependen de un respirador. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0
	Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y orientación Pagaremos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer infecciones por ETS. Un médico de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También pagaremos hasta dos sesiones personales muy intensivas de orientación conductual cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer infecciones por ETS. Cada sesión puede tener una duración de 20 a 30 minutos. Pagaremos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo solo si las brinda un médico de atención primaria. Las sesiones se deben brindar en un establecimiento de atención primaria, como el consultorio de un médico.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista: • Habitación semiprivada o privada si es médicamente necesario. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos obtenidos como parte del plan de atención, incluso sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración; • Suministros médicos y quirúrgicos brindados por centros de atención de enfermería. • Análisis de laboratorio brindados por centros de atención de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología brindados por centros de atención de enfermería. • Aparatos, como sillas de ruedas, por lo general, brindados por centros de atención de enfermería. • Servicios de médicos o proveedores. Generalmente, recibirá su atención de los centros de la red de servicios. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red de servicios. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de atención en un centro de enfermería) • Un centro de atención de enfermería donde su cónyuge o pareja vive en el momento en que usted se retira del hospital *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	
	Terapia de ejercicio supervisada (SET) El plan pagará la SET para miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática que tengan una remisión para dicha enfermedad del médico responsable de su tratamiento. El plan pagará lo siguiente: • Un máximo de 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de terapia de ejercicio supervisada (SET); y • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica las considera médicamente necesarias. El programa de SET debe: • Contar con sesiones de entre 30 y 60 minutos de un programa de entrenamiento de ejercicio terapéutico para la enfermedad arterial periférica (PAD) en miembros con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación); • Realizarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico; **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Terapia de ejercicio supervisada (SET) (continuación) • Ser brindado por personal que cumple con los requisitos que pueda asegurarse de que los beneficios superan los daños y que esté capacitado en la terapia de ejercicio para PAD; y • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un auxiliar médico, un profesional en enfermería o un especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	
	Atención de urgencia La atención de urgencia es atención que se brinda para lo siguiente: • Una afección que no sea una emergencia, pero que requiera atención médica inmediata; **o** • Una enfermedad médica repentina; **o** • Una lesión; **o** • Una afección que requiere atención de inmediato. Si requiere atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red de servicios. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red de servicios cuando no puede llegar a un proveedor de la red de servicios.	$0 Usted no tiene un límite anual combinado para atención de emergencia o servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios no se aplican al límite máximo del plan de costos que paga de su bolsillo. Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red de servicios y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que su condición de emergencia se

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención de urgencia (continuación)	estabilice, usted debe regresar a un hospital de la red de servicios para que se siga cubriendo su atención, O si debe recibir atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red de servicios que el plan autorice, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red de servicios.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Cuidado de la vista Pagaremos los siguientes servicios: • Un examen de la vista de rutina por año; **y** • Hasta $500 para anteojos (monturas y lentes) o hasta $500 para lentes de contacto cada dos años. Pagaremos los servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de la vista para retinopatía diabética para personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, pagaremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen las siguientes: • Personas con antecedentes familiares de glaucoma; • Personas con diabetes; • Afroamericanos de 50 años de edad y mayores; y • Estadounidenses de origen hispano de 65 años o más. Pagaremos un solo par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas en la que el médico coloca una lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no obtuvo un par de anteojos después de la primera cirugía). *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su médico y obtener una remisión.*	$0 Usted es responsable del costo de los materiales que superen la asignación de $500.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" Cubriremos la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" por única vez. La visita incluye lo siguiente: • Una revisión de su salud; • Educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas pruebas de detección y vacunas); **y** • Remisiones para otro tipo de atención que pueda necesitar. **Nota:** Cubrimos la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele a la secretaria del médico que desea programar su visita preventiva "Bienvenido a Medicare".	$0

E. Beneficios cubiertos fuera de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Los siguientes servicios no están cubiertos por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, pero están disponibles a través de Medicare o Medi-Cal.

E1. Transiciones a la comunidad de California (CCT)

El programa de Transiciones a la comunidad de California (CCT) utiliza organizaciones líderes locales para ayudar a beneficiarios de Medi-Cal elegibles que hayan vivido en un centro para pacientes hospitalizados durante, al menos, 90 días consecutivos y desean regresar a un entorno comunitario y permanecer allí de manera segura. El programa de CCT financia servicios de coordinación de transición durante el período anterior a la transición y durante 365 días después de la transición para ayudar a los beneficiarios en el regreso a un entorno comunitario.

Puede recibir servicios de coordinación de transición de cualquier organización líder de CCT que brinde servicios en el condado en el que usted vive. Puede encontrar una lista de Organizaciones líderes de CCT y los condados en los que brindan servicios en la página web del Departamento de Servicios de Atención Médica en: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para los servicios de coordinación de transición de CCT:

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

Para los servicios que no están relacionados con su transición de CCT:

El proveedor le facturará a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan por sus servicios. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan pagará los servicios brindados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras recibe los servicios de coordinación de transición de CCT, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan pagará los servicios que se mencionan en la Tabla de beneficios de la Sección D de este capítulo.

Sin cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

El programa de CCT no cubre medicamentos. Continuará recibiendo su beneficio normal de medicamentos a través de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Para obtener más información, consulte la Sección F del Capítulo 5.

Nota: Si necesita atención de transición que no sea de CCT, debe comunicarse con su Navegador de atención para coordinar los servicios. La atención de transición que no sea de CCT es la atención que no está relacionada con su transición desde una institución o un centro. Puede comunicarse con su Navegador de atención llamando a Atención al Cliente de 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 y luego seleccionando la opción de Navegador de atención de la lista.

E2. Programa odontológico de Medi-Cal

Ciertos servicios odontológicos están disponibles a través del Programa odontológico de Medi-Cal; por ejemplo, servicios como los siguientes:

- Exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor;
- Restituciones y coronas;
- Tratamiento de conducto; y
- Dentaduras, ajustes, reparaciones y fundas de dentaduras.

Los beneficios odontológicos están disponibles en el Programa odontológico de Medi-Cal como pago por servicio. Para obtener más información o si necesita ayuda para encontrar un odontólogo que acepte el Programa odontológico de Medi-Cal, póngase en contacto con la Línea de servicio al cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del Programa de servicios odontológicos de Medi-Cal están disponibles para ayudarlo de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar la página web en dental.dhcs.ca.gov/ para obtener más información.

Además del Programa odontológico de Medi-Cal de pago por servicio, es posible que reciba beneficios odontológicos a través de un plan odontológico de atención administrada. Los planes odontológicos de atención médica administrada están disponibles en el condado de Los Angeles. Si desea obtener más información sobre los planes odontológicos, necesita asistencia para identificar su plan odontológico o desea cambiar de plan, póngase en contacto con Opciones de atención médica al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

E3. Atención para enfermos terminales

Puede recibir atención de cualquier programa de centros para enfermos terminales certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un centro para enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro determinan que tiene un diagnóstico de enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que se espera que viva seis meses o menos. Su médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red de servicios o un proveedor fuera de la red de servicios.

Consulte la Tabla de beneficios de la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre qué paga Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan mientras recibe los servicios de un centro para enfermos terminales.

Para los servicios del centro para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:

- El proveedor del centro para enfermos terminales le facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios del centro para enfermos terminales que estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal (excepto en casos de atención de emergencia o atención de urgencia):

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

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección F del Capítulo 5.

Nota: Si necesita cuidados que no son para enfermos terminales, debe comunicarse con su navegador de atención para coordinar los servicios. Los cuidados que no son para enfermos terminales son atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal. Puede comunicarse con su navegador de atención llamando a Atención al Cliente de 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 y luego seleccionando la opción de Navegador de atención de la lista.

F. Beneficios no cubiertos por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, Medicare o Medi-Cal

En esta sección se describen los tipos de beneficios que excluye el plan. El término excluir significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco los pagarán.

La lista detallada más abajo describe algunos servicios y artículos que no cubrimos en ninguna circunstancia y algunos otros que excluimos solo en determinados casos.

No pagaremos los beneficios médicos excluidos que se mencionan en esta sección (o en alguna otra parte en esta *Guía para los Miembros*), salvo en las circunstancias determinadas que se indican. Si considera que debemos pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte las Secciones D, E, F y G del Capítulo 9.

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

- Servicios que no se consideren “razonables ni médicamente necesarios”, según las normas de Medicare y Medi-Cal, a menos que dichos servicios figuren en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Tratamientos quirúrgicos y médicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que los cubra Medicare o un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte el Capítulo 3. El tratamiento y los artículos experimentales son aquellos que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida, salvo cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo cubra.
- Habitación privada en un hospital, salvo cuando se considere médicamente necesario.
- Personal de enfermería particular.
- Artículos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería, como un teléfono o televisor.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia.
- Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, antienvejecimiento y rendimiento mental), a menos que se consideren médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otro trabajo estético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, pagaremos la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para lograr simetría.
- Atención quiropráctica que no sea la manipulación manual de la columna de conformidad con las pautas de cobertura.
- Atención de rutina de los pies, salvo según se describe en los servicios de podiatría de la Tabla de beneficios en la Sección D.

- Zapatos ortopédicos, a menos que formen parte de una pierna ortopédica y se incluyan en el costo de la pierna, o que los zapatos sean para una persona que padece pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, a excepción de zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.
- Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.
- Servicios de un naturoterapeuta (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). No obstante, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido del VA es superior al costo compartido en virtud de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de sus montos de costo compartido.

Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan

Introducción

Este capítulo explica las normas para obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor solicita para usted y que usted obtiene de una farmacia o a través del servicio por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medi-Cal. El Capítulo 6 le informa cuánto paga usted por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para los Miembros.*

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan también cubre los siguientes medicamentos, aunque no se analizarán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que recibe mientras está en un hospital o centro de atención de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, algunos medicamentos inyectables que le administran durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y los medicamentos que usted recibe en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en la Sección D del Capítulo 4.

Normas de la cobertura para medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

Generalmente, cubrimos los medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las normas de esta sección.

- Debe tener un médico u otro proveedor para que le dé recetas. Esta persona normalmente es su médico de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su médico de atención primaria lo ha referido para la atención.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red de servicios para obtener sus medicamentos recetados.
- Su medicamento recetado debe aparecer en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla.
    - Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirlo al hacer una excepción.

- Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias médicas. Los medicamentos usados para tratar afecciones que no están respaldados por la FDA o por libros de referencia se denominan indicaciones “no autorizadas”. Los medicamentos usados para indicaciones “no autorizadas” son indicaciones que no están médicamente aprobadas y, por lo tanto, no son un beneficio cubierto, a menos que:

- Este uso “para una indicación no autorizada” aparezca citado en uno de los libros de referencia aprobados por los CMS.

- Dichos medicamentos se mencionen en dos (2) artículos de revistas médicas revisadas por profesionales que presentan datos que sostienen que el uso propuesto para una indicación no autorizada es, en general, seguro y efectivo (esto se aplica solo a los medicamentos solicitados por Medi-Cal).

Índice

A. Cómo obtener sus medicamentos recetados 124

A1. Obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red de servicios 124

A2. Usar su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga un medicamento recetado 124

A3. Qué hacer si se cambia a otra farmacia de la red de servicios 124

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red de servicios 124

A5. Usar una farmacia especializada 125

A6. Usar los servicios por correo para obtener sus medicamentos 125

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 127

A8. Usar una farmacia que no está en la red de servicios del plan 127

A9. Reembolso de dinero si paga por un medicamento recetado 128

B. La Lista de medicamentos del plan 128

B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos 128

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos 128

B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos 129

B4. Niveles de costo compartido de la Lista de medicamentos 130

C. Límites en algunos medicamentos 130

D. Razones por las que su medicamento puede no estar cubierto 131

D1. Obtener un suministro temporal 132

E. Cambios en la cobertura para sus medicamentos 134

F. Cobertura para medicamentos en casos especiales 136

F1. Si se encuentra en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su hospitalización 136

F2. Si se encuentra en un establecimiento de cuidado a largo plazo 136

F3. Si se encuentra en un programa de centros para enfermos terminales certificados por Medicare 136

G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos 137

G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura 137

G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 137

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides 138

A. Cómo obtener sus medicamentos recetados

A1. Obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red de servicios

En la mayoría de los casos, pagaremos los medicamentos recetados **solo** si se obtienen en cualquiera de nuestras farmacias de la red de servicios. Una farmacia de la red de servicios es una farmacia que ha aceptado proporcionar los medicamentos recetados para los miembros de nuestro plan. Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red de servicios.

Para encontrar una farmacia de la red de servicios, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestra página web o ponerse en contacto con Atención al Cliente o con su Navegador de atención.

A2. Usar su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga un medicamento recetado

Para obtener su medicamento recetado, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red de servicios. La farmacia de la red de servicios nos facturará nuestra parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Es posible que usted deba pagarle a la farmacia un copago al momento de retirar su medicamento recetado.

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro en el momento de obtener su medicamento recetado, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire. Puede solicitarnos posteriormente que le reembolsemos la parte que nos corresponde. Si no puede pagar el medicamento, póngase en contacto con Atención al Cliente de inmediato. Haremos lo que podamos para ayudar.

- Para obtener información sobre cómo pedirnos un reembolso, consulte las Secciones A y B del Capítulo 7.
- Si necesita ayuda para obtener un medicamento recetado, puede ponerse en contacto con Atención al Cliente o con su Navegador de atención.

A3. Qué hacer si se cambia a otra farmacia de la red de servicios

Si cambia de farmacia y necesita repetir el surtido de un medicamento recetado, puede solicitarle al proveedor que le realice una nueva receta por escrito o puede pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si quedan repeticiones del surtido.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red de servicios, puede ponerse en contacto con Atención al Cliente o con su Navegador de atención.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red de servicios

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de servicios del plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red de servicios, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestra página web o ponerse en contacto con Atención al Cliente o con su Navegador de atención.

A5. Usar una farmacia especializada

Algunos medicamentos recetados deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un establecimiento de cuidado a largo plazo, como un hogar de convalecencia.
  - Por lo general, los establecimientos de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted reside en un establecimiento de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda conseguir los medicamentos que necesita en la farmacia del establecimiento.
  - Si la farmacia de su establecimiento de cuidado a largo plazo no pertenece a nuestra red de servicios, o si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de medicamentos en un establecimiento de cuidado a largo plazo, póngase en contacto con Atención al Cliente.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense. Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que proveen medicamentos que requieren manejo e instrucciones especiales sobre su uso.

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestra página web o ponerse en contacto con Atención al Cliente o con su Navegador de atención.

A6. Usar los servicios por correo para obtener sus medicamentos

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios por correo de la red de servicios del plan. Por lo general, los medicamentos que se brindan a través del servicio por correo son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. *Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con [NDS].*

El servicio por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro para 100 días de los medicamentos de Nivel 1 y un suministro para 90 días de los medicamentos de los Niveles 2 y 3. Un suministro para 90 días y un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

Obtener mis medicamentos recetados por correo

Para obtener *formularios de pedido e* información sobre el surtido de sus recetas por correo, llame a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al teléfono que figura en la parte inferior de esta página.

Por lo general, un medicamento recetado por correo le llegará en el plazo de 10 a 14 días. Sin embargo, a veces puede haber demoras en su pedido por correo. Si esto sucede, llame a Atención al Cliente para obtener ayuda. Un representante le ayudará a obtener un suministro suficiente de medicamentos de una farmacia local de la red de servicios, para que no le falten los medicamentos hasta que le lleguen los del servicio por correo. Esto puede requerir que se ponga en contacto con su médico para que le llame por teléfono o le envíe por fax una nueva receta a la farmacia de la red de servicios para obtener la cantidad de medicamentos que necesita hasta que reciba el medicamento por correo.

Si la demora es superior a 14 días a partir de la fecha en que se pidió la receta a la farmacia del servicio de correo y se debe a una pérdida de medicamentos en el sistema de correo, Atención al Cliente puede coordinar un pedido de sustitución con la farmacia de servicios por correo.

Procesos de servicios por correo

El servicio por correo tiene diferentes procesos para las recetas nuevas que usted presenta, las que se presentan directamente desde el consultorio del médico y la repetición del surtido de sus recetas por correo:

1. **Nuevas recetas que la farmacia recibe de su parte**

   La farmacia obtendrá y entregará automáticamente los medicamentos correspondientes a las nuevas recetas que reciba de su parte.

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

   Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante.

   - Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la dosis, la cantidad y la forma) y, en caso de ser necesario, le dará la oportunidad de detener o postergar el pedido antes de que se le facture y se envíe.
   - Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles qué hacer con la nueva receta a fin de evitar demoras en el envío.

3. **Repetición del surtido de recetas para pedido por correo**

   Para repetir el surtido de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de repetición automática del surtido, llamado Programa de repeticiones automáticas del surtido. Según este programa, comenzaremos a procesar su próxima repetición del surtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que usted esté por quedarse sin su medicamento.

- La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada repetición del surtido para asegurarse de que necesite más medicamentos; usted puede cancelar las repeticiones del surtido programadas si tiene suficiente medicamento o si este ha cambiado.
- Si decide no usar el programa de repetición automática del surtido, póngase en contacto con su farmacia con *14* días de anticipación cuando considere que los medicamentos que tiene se le acabarán, a fin de asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para dejar de participar en el programa que prepara automáticamente repeticiones del surtido de envío por correo, póngase en contacto con nosotros llamando a CVS Caremark al 1-866-346-7200 (TTY: 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Asegúrese de que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cuente en todo momento con su información de contacto actualizada. Si debe actualizar su número de teléfono o dirección, póngase en contacto con Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (el número de teléfono figura en la parte inferior de esta página).

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada.

Algunas farmacias de la red de servicios le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 100 días de los medicamentos en el Nivel 1 y un suministro para 90 días de los medicamentos de los Niveles 2 y 3 tienen el mismo copago que un suministro para un mes. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Atención al Cliente para obtener más información.

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios por correo de la red de servicios del plan a fin de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para conocer más acerca de los servicios por correo.

A8. Usar una farmacia que no está en la red de servicios del plan

Por lo general, pagamos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red solo si no puede utilizar una farmacia de la red de servicios. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos recetados como miembro de nuestro plan.

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

- En casos de emergencia.
- Si se encuentra fuera del área de servicio hasta un período máximo de seis (6) meses.

Le recomendamos obtener todos los medicamentos recetados antes de viajar fuera del área de servicio para contar con el suministro adecuado. Si necesita ayuda para obtener el suministro adecuado antes de partir, comuníquese con Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

En estos casos, primero consulte con Atención al Cliente para ver si hay alguna farmacia de la red de servicios cerca.

A9. Reembolso de dinero si paga por un medicamento recetado

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red de servicios, generalmente deberá pagar el costo total del medicamento recetado, en lugar de un copago cuando lo obtenga. Puede solicitarnos que le devolvamos la parte que nos corresponde pagar del costo.

Para obtener más información al respecto, consulte la Sección A del Capítulo 7.

B. La Lista de medicamentos del plan

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

Nosotros, junto con un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionamos los medicamentos de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos también le indica si existen normas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las normas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

La Lista de medicamentos incluye medicamentos cubiertos en virtud de la Parte D de Medicare y algunos productos y medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por los beneficios de Medi-Cal.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, como Januvia, y medicamentos genéricos, como Metformina. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente, funcionan tan bien como los medicamentos de marca y suelen costar menos.

Nuestro plan también cubre ciertos productos y medicamentos de venta libre (OTC). Algunos medicamentos de venta libre (OTC) son menos costosos que los medicamentos recetados y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame a Atención al Cliente.

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

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

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

- Visite la página web del plan en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/pharmacy. La Lista de medicamentos en la página web siempre es la más actualizada.
- Llame a Atención al Cliente para saber si un medicamento está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están incluidos en la Lista de medicamentos porque la ley no permite que el plan cubra esos medicamentos. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de medicamentos.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan no pagará los medicamentos que se mencionan en esta sección. Se los llama **medicamentos excluidos**. Si recibe una receta para un medicamento excluido, debe pagarlo usted mismo. Si considera que debemos pagar por un medicamento excluido en su caso, puede presentar una apelación. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte la Sección F del Capítulo 9).

Estas son tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D y de Medi-Cal) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare cuentan con la cobertura gratuita de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, pero no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su condición. Su médico puede recetarle un medicamento determinado para tratar su condición, aunque el medicamento no esté aprobado para tratar esa condición. Esto se denomina uso para una indicación no autorizada. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos cuando están recetados para usarse para una indicación no autorizada.

Además, por ley, los tipos de medicamentos que se detallan más abajo no están cubiertos por Medicare ni Medi-Cal.

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que los fabrica dice que solo ellos deben hacer las pruebas o los servicios.

B4. Niveles de costo compartido de la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se encuentran en uno de los cuatro (4) niveles de costo compartido. Un nivel es un grupo de medicamentos, generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre [OTC]). En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

- El Nivel 1 de costo compartido (nuestro nivel más bajo) incluye nuestros medicamentos genéricos preferidos.
- El Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 de costo compartido (nuestro nivel más alto) incluye medicamentos de marca.
- El Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos no cubiertos por Medicare y medicamentos de venta libre (OTC).

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

En las Secciones C, D y E del Capítulo 6 se indica el monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido..

C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y de bajo costo funciona tan bien como uno de mayor costo, esperamos que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

Si hay una norma especial para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor deba darnos su diagnóstico o proporcionar los resultados de los análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no debe aplicarse a su situación, debe pedirnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar que use el medicamento sin la necesidad de seguir los pasos adicionales o no.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte la Sección F2 del Capítulo 9.

1. Cómo limitar el uso de un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico. En la mayoría de los casos, si existe una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red de servicios le proporcionarán la versión genérica.

- Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica.
- No obstante, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico ni el medicamento cubierto que trata su misma afección, sí cubriremos el medicamento de marca.
- El copago que le corresponda pagar a usted puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben conseguir la aprobación de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan antes de obtener sus medicamentos recetados. Si no obtiene la autorización, es posible que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan no cubra el medicamento.

3. Cómo probar un medicamento diferente primero

En general, queremos que usted pruebe medicamentos de bajo costo (que a menudo son igual de eficaces) antes de cubrir los medicamentos que son más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, podemos requerir que pruebe el medicamento A primero.

Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B. Esto se denomina tratamiento escalonado.

4. Límites de cantidades

Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos. Esto se denomina límites de cantidad. Por ejemplo, podríamos limitar qué cantidad de un medicamento puede obtener cada vez que obtiene su medicamento recetado.

Para averiguar si alguna de las restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Atención al Cliente o visite nuestra página web en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/pharmacy.

D. Razones por las que su medicamento puede no estar cubierto

Nuestra intención es que la cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto como usted desearía. Por ejemplo:

- El medicamento que quiere tomar no está cubierto por nuestro plan. El medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos. Tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está

cubierta. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos revisado para determinar la seguridad y eficacia.

- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o límites especiales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la sección anterior, para algunos de los medicamentos que cubre nuestro plan se aplican normas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o la persona autorizada a dar recetas quieran solicitarnos una excepción a la norma.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma en que desearía que estuviera.

D1. Obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, podemos proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Esto le da tiempo para que hable con su proveedor sobre la posibilidad de recurrir a un medicamento diferente o de solicitarnos que cubramos el medicamento.

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

1. El medicamento que ha estado tomando:
   - Ya no está en la Lista de medicamentos; **o**
   - Nunca estuvo en la Lista de medicamentos; **o**
   - Ahora se limita de alguna manera.
2. Debe encontrarse en una de las siguientes situaciones:
   - Usted estaba en el plan el año pasado.
     - Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
     - Este suministro temporal será para un máximo de 30 días.
     - Si su receta está indicada para menos días, permitiremos varias repeticiones del surtido hasta llegar a un máximo de 30 días del medicamento. Debe obtener el medicamento recetado en una farmacia de la red de servicios.
     - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento recetado en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido.
   - Es nuevo en nuestro plan.

  - Cubriremos un suministro temporal del **medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
  - Este suministro temporal será para un máximo de 30 días.
  - Si su receta está indicada para menos días, permitiremos varias repeticiones del surtido hasta llegar a un máximo de 30 días del medicamento. Debe obtener el medicamento recetado en una farmacia de la red de servicios.
  - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento recetado en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido.

- Usted ha sido miembro del plan por más de 90 días, reside en un establecimiento de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubriremos un suministro para 31 días o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anterior.
  - Para obtener un suministro temporal de un medicamento, llame a Atención al Cliente.

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

- Puede cambiar a otro medicamento.

  Puede haber otro medicamento que cubra nuestro plan y funcione para usted. Puede llamar a Atención al Cliente y pedir una *Lista de medicamentos cubiertos* que traten la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que puede funcionar para usted.

  O BIEN

- Puede solicitar una excepción.

  Usted y su proveedor pueden solicitarnos que realicemos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos. O bien, puede pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarlo a solicitar la excepción.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte la Sección F del Capítulo 9.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede ponerse en contacto con Atención al Cliente o con su Navegador de atención.

E. Cambios en la cobertura para sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras normas acerca de los medicamentos. Por ejemplo, podríamos hacer lo siguiente:

- Decidir solicitar o no la aprobación previa para un medicamento. (La aprobación previa es la autorización de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan antes de poder obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se denomina límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de tratamientos escalonados en relación con un medicamento. (Tratamiento escalonado significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información acerca de estas normas de medicamentos, consulte la Sección C de este capítulo.

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

- Aparezca un medicamento nuevo y menos costoso en el mercado que funcione tan bien como un medicamento que ahora figura en la Lista de medicamentos, **o bien**
- Descubramos que un medicamento no es seguro, **o bien**
- Se retire un medicamento del mercado.

Para obtener más información sobre qué ocurre cuando cambia la Lista de medicamentos, siempre puede hacer lo siguiente:

- Consulte nuestra Lista de medicamentos actualizada en línea en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/pharmacy; **o**
- Llame a Atención al Cliente para consultar la Lista de medicamentos actualizada al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Algunos cambios en la Lista de medicamentos ocurrirán **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Aparece un nuevo medicamento genérico.** A veces, aparece un medicamento genérico nuevo en el mercado que funciona tan bien como un medicamento de marca que ahora figura en la Lista de medicamentos. Cuando esto sucede, es posible que eliminemos el medicamento de marca y agreguemos el medicamento genérico nuevo, pero el costo del medicamento nuevo seguirá siendo el mismo o más bajo.

Cuando agreguemos un medicamento genérico nuevo, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiemos las normas o los límites de cobertura.

- Es posible que no le informemos antes de implementar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hayamos implementado cuando suceda.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte el Capítulo 9 de esta guía.

- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) establece que el medicamento que usted está tomando no es seguro, o el fabricante de un medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le informaremos. Debe arreglar con su proveedor para cambiar a un medicamento diferente que funcione para su afección y que el plan cubra.

Es posible que implementemos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación sobre estos u otros cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir si sucede lo siguiente:

- La FDA proporciona una orientación nueva o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado; **y**
  - Reemplazamos un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de medicamentos; **o**
  - Cambiamos las normas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando ocurran estos cambios, haremos lo siguiente:

- Le informaremos con al menos 30 días de anticipación antes de implementar el cambio en la Lista de medicamentos; **o**
- Le informaremos y le daremos un suministro para 60 días del medicamento después de que solicite una repetición del surtido.

Esto le dará tiempo para consultar a su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Pueden ayudarle a decidir lo siguiente:

- Si existe un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar; **o**

- Si es necesario solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte la Sección F del Capítulo 9.

Es posible que implementemos cambios en medicamentos que toma que no lo afecten ahora. Para dichos cambios, si toma un medicamento que estaba cubierto **al comienzo del año**, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si retiramos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, el cambio no afectará su uso del medicamento durante el resto del año.

F. Cobertura para medicamentos en casos especiales

F1. Si se encuentra en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su hospitalización

Si ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada para una hospitalización que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la hospitalización. No tendrá que pagar un copago. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que debe pagar, consulte el Capítulo 6.

F2. Si se encuentra en un establecimiento de cuidado a largo plazo

Normalmente, un establecimiento de cuidado a largo plazo, como un hogar de convalecencia, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si reside en un establecimiento de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del establecimiento, si es parte de nuestra red de servicios.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del establecimiento de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red de servicios. Si no forma parte de la red de servicios, o si necesita más información, póngase en contacto con Atención al Cliente.

F3. Si se encuentra en un programa de centros para enfermos terminales certificados por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo.

- Si usted está inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y requiere un medicamento para las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no están cubiertos por su centro para enfermos terminales porque no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona autorizada a dar recetas o por el proveedor

del centro para enfermos terminales de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento.

- Para evitar demoras para recibir un medicamento no relacionado que debería ser cubierto por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor del centro para enfermos terminales o a la persona autorizada a dar recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que le proporcione el medicamento.

Si abandona el centro para enfermos terminales, nuestro plan debe cubrir todos los medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio del centro para enfermos terminales de Medicare, debe presentar la documentación en la farmacia para verificar que ya no se encuentre en el centro. Consulte las partes anteriores de este capítulo que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos en la Parte D.

Para obtener más información sobre el beneficio del centro para enfermos terminales, consulte la Sección D del Capítulo 4.

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

G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura

Cada vez que obtiene un medicamento recetado, buscamos posibles problemas, como errores en el medicamento o medicamentos que:

- pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica;
- pueden no ser seguros debido a su edad o sexo;
- podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo;
- tienen ingredientes a los que usted es alérgico o podría serlo;
- tienen cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para diferentes afecciones médicas o participa en un Programa de administración de medicamentos para ayudarlo a usar de forma segura sus medicamentos opioides, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Este programa les ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Un farmacéutico u

otro profesional de atención médica llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos y hablará con usted sobre los siguientes temas:

- Cómo obtener la mayor cantidad de beneficios de los medicamentos que toma.
- Cualquier inquietud que pueda tener, como costos de los medicamentos y reacciones a los medicamentos.
- La mejor manera de tomar los medicamentos.
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre su medicamento recetado y medicamento de venta libre.

Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar lo mejor posible los medicamentos. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando. Además, recibirá información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea programar una revisión de medicamentos antes de su visita anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Estos programas de manejo del tratamiento farmacológico son voluntarios y gratuitos para los miembros que cumplan con los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en él y le enviaremos la información. Si no desea participar en el programa, avísenos y lo sacaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, póngase en contacto con Atención al Cliente o con su Navegador de atención.

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan posee un programa que puede ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que se usan incorrectamente con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, puede que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o con benzodiacepinas recetados no es seguro, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas las recetas de esos medicamentos **de una determinada farmacia** o **de un determinado médico**.
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted.

Si creemos que una o más limitaciones se aplican a usted, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, le explicaremos las limitaciones que consideramos necesario aplicar.

Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y brindarnos cualquier información que crea que es importante que sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que haya tenido la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, está en desacuerdo con la limitación o con nuestra determinación de que está en riesgo de usar incorrectamente los medicamentos recetados, usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una apelación. Si usted presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos nuestra decisión. Si seguimos denegando alguna parte de su apelación relacionada con las limitaciones a su acceso a estos medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a la Entidad de revisión independiente (IRE). (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación y obtener más información sobre la IRE, consulte el Capítulo 9).

Es posible que el Programa de administración de medicamentos (DMP) no se aplique a usted si:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia falciforme;
- recibe atención para enfermos terminales, cuidados paliativos o atención para el final de la vida; **o**
- vive en un establecimiento de cuidado a largo plazo.

Capítulo 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal

Introducción

Este capítulo le indica lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a los siguientes:

- Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare; **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal; **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para Medi-Cal, recibe “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

> La **Ayuda adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos**.** La Ayuda adicional también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS.”

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para los Miembros*.

Para obtener más información sobre los medicamentos recetados, puede buscar en estos lugares:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos.*
  - La denominamos la “Lista de medicamentos”. En esta lista se indica lo siguiente:
    - Qué medicamentos pagamos.
    - En cuál de los cuatro (4) niveles de costo compartido se encuentra cada medicamento.
    - Si hay algún límite en los medicamentos.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Atención al Cliente. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestra página web en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. La Lista de medicamentos en la página web siempre es la más actualizada.

- El Capítulo 5 de esta *Guía para los Miembros*.
  - El Capítulo 5 le indica cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.
  - Incluye las normas que debe cumplir. También indica qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias.*
  - En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red de servicios. Las farmacias de la red de servicios son farmacias que han aceptado trabajar con nosotros.
  - El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de las farmacias de la red de servicios. En la Sección A del Capítulo 5, puede encontrar más información sobre las farmacias de la red de servicios.

Índice

A. Explicación de beneficios (EOB) 143

B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos 144

C. Etapas de pago del medicamento para los medicamentos de la Parte D de Medicare 145

D. Etapa 1: la Etapa de cobertura inicial 145

D1. Sus opciones de farmacia 146

D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 146

D3. Lo que usted paga 146

D4. Final de la Etapa de cobertura inicial 150

E. Etapa 2: la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas 150

F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes 150

G. Asistencia de costo compartido para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA 151

G1. Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) 151

G2. Qué hacer si no está inscrito en el ADAP 151

G3. Qué hacer si ya está inscrito en el ADAP 151

H. Vacunas 151

H1. Qué debe saber antes de vacunarse 151

H2. Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D de Medicare 152

A. Explicación de beneficios (EOB)

Nuestro plan hace un seguimiento de sus medicamentos recetados. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Los **costos que paga de su bolsillo**. Este es el monto de dinero que usted, u otra persona en su nombre, paga por sus medicamentos recetados.
- Los **costos totales de los medicamentos**. Este es el monto de dinero que usted, u otra persona en su nombre, paga por sus medicamentos recetados, más el monto que pagamos nosotros.

Cuando obtiene medicamentos recetados a través de nuestro plan, le enviamos un resumen denominado la *Explicación de beneficios.* Nosotros la denominamos EOB, para abreviarla. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que usted toma, como aumentos en los precios y otros medicamentos con menor costo compartido que pueden estar disponibles. Puede hablar con la persona autorizada a dar recetas sobre estas opciones de menor costo. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información para el mes**. El resumen indica qué medicamentos recetados recibió. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Información "del año hasta la fecha".** Incluye sus costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Se trata del precio total del medicamento y de la variación porcentual del precio del mismo desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede consultarle a la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta en el total de los costos que paga de su bolsillo.
- También cubrimos algunos medicamentos de venta libre. Usted no tiene que pagar nada por estos medicamentos.
- Para conocer qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de medicamentos.

B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa, utilizamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. A continuación, le explicamos cómo puede ayudarnos:

1. **Use su Tarjeta de identificación de miembro.**

   Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que obtenga un medicamento recetado. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos recetados obtiene y lo que paga por ellos.

2. **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.**

   Envíenos las copias de los recibos de los medicamentos que ha pagado. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento.

   A continuación, le presentamos algunas situaciones en las que debe brindarnos las copias de sus recibos:

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

   Para obtener información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos lo que nos corresponde del costo del medicamento, consulte las Secciones A y B del Capítulo 7.

3. **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.**

   Los pagos efectuados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA, por el Servicio de salud para la población india estadounidense y por la mayoría de las organizaciones benéficas. Esto puede ayudarle a cumplir con los requisitos para la cobertura en situaciones catastróficas. Cuando alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D durante el resto del año.

4. Revise las EOB que le enviamos.

Cuando recibe por correo una EOB, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si considera que no es correcta o falta algún dato, o si tiene alguna pregunta, llame a Atención al Cliente. Asegúrese de guardar estas EOB. Constituyen un registro importante sobre sus gastos en medicamentos.

C. Etapas de pago del medicamento para los medicamentos de la Parte D de Medicare

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 una repetición del surtido. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas
Durante esta etapa, pagamos una parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte. La parte que le corresponde se denomina copago. Comienza en esta etapa cuando obtiene la primera receta del año.	Durante esta etapa, pagamos todos los costos de los medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2022. Comienza esta etapa cuando ha pagado cierto monto de los costos que paga de su bolsillo.

D. Etapa 1: la Etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, pagamos 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.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de cuatro (4) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel, mayor será el copago. Para conocer los niveles de costo compartido de sus medicamentos, puede consultar la Lista de medicamentos.

- El Nivel 1 de costo compartido (nuestro nivel más bajo) incluye medicamentos genéricos preferidos. El copago es de $0.

- El Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos genéricos. El copago es de $0 a $3.95.
- El Nivel 3 de costo compartido (nuestro nivel más alto) incluye medicamentos de marca. El copago es de $0 a $9.85.
- El Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos no cubiertos por Medicare y medicamentos de venta libre (OTC). El copago es de $0.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, busque su medicamento en nuestro Formulario (Lista de medicamentos) de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

D1. Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según si obtiene el medicamento de las siguientes farmacias:

- Una farmacia de la red de servicios; **o**
- Una farmacia fuera de la red de servicios.

En algunos casos, cubriremos los medicamentos recetados que obtiene en farmacias fuera de la red de servicios. Para saber en qué casos hacemos eso, consulte la Sección A del Capítulo 5.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias, consulte la Sección A del Capítulo 5 de esta guía y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento recetado. Un suministro a largo plazo es un suministro para 100 días para el Nivel 1 y un suministro para 90 días para los Niveles 2 y 3. Le costará lo mismo que un suministro para un mes.

Para conocer más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección A del Capítulo 5 o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

D3. Lo que usted paga

Durante la Etapa de cobertura inicial, es posible que deba pagar 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.

Puede ponerse en contacto con Atención al Cliente para conocer cuánto es el copago para cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para un mes de un medicamento recetado cubierto en:

	Una farmacia de la red de servicios Un suministro para un mes o hasta 30 días	**El servicio por correo del plan** Un suministro para un mes o hasta 30 días	**Una farmacia de la red de servicios para atención a largo plazo** Un suministro para 31 días como máximo	**Una farmacia fuera de la red de servicios** Un suministro para 10 días como máximo. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte la Sección A del Capítulo 5 para obtener más detalles.
Costo compartido Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $0	El servicio por correo no está disponible.	Copago de $0	Copago de $0
Costo compartido Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de $0, $1.35 o $3.95 Los copagos varían según la Ayuda adicional que reciba.	El servicio por correo no está disponible.	Copago de $0, $1.35 o $3.95 Los copagos varían según la ayuda adicional que reciba.	Copago de $0, $1.35 o $3.95 Los copagos varían según la Ayuda adicional que reciba.

	Una farmacia de la red de servicios Un suministro para un mes o hasta 30 días	**El servicio por correo del plan** Un suministro para un mes o hasta 30 días	**Una farmacia de la red de servicios para atención a largo plazo** Un suministro para 31 días como máximo	**Una farmacia fuera de la red de servicios** Un suministro para 10 días como máximo. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte la Sección A del Capítulo 5 para obtener más detalles.
Costo compartido **Nivel 3** *(*Medicamentos de marca*)*	Copago de $0, $4.00 o $9.85 Los copagos varían según la Ayuda adicional que reciba.	El servicio por correo no está disponible.	Copago de $0, $4.00 o $9.85 Los copagos varían según la Ayuda adicional que reciba.	Copago de $0, $4.00 o $9.85 Los copagos varían según la Ayuda adicional que reciba.
Costo compartido **Nivel 4** (Medicamentos recetados y de venta libre [OTC] no cubiertos por Medicare)	Copago de $0	El servicio por correo no está disponible para medicamentos del Nivel 4.	Copago de $0	Copago de $0

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto de las siguientes farmacias:

	Una farmacia de la red de servicios	**El servicio por correo del plan**
Costo compartido **Nivel 1:** medicamentos genéricos preferidos Un suministro para 100 días como máximo	Copago de $0	Copago de $0
Costo compartido **Nivel 2:** medicamentos genéricos Un suministro para 90 días como máximo	Copago de $0, $1.35 o $3.95 Los copagos varían según la Ayuda adicional que reciba.	Copago de $0, $1.35 o $3.95 Los copagos varían según la Ayuda adicional que reciba.
Costo compartido **Nivel 3:** preferidos Un suministro para 90 días como máximo	Copago de $0, $4.00 o $9.85 Los copagos varían según la Ayuda adicional que reciba.	Copago de $0, $4.00 o $9.85 Los copagos varían según la Ayuda adicional que reciba.
Costo compartido **Nivel 4:** medicamentos recetados/de venta libre (OTC) no cubiertos por Medicare Un suministro para 90 días como máximo	El suministro a largo plazo no está disponible para el Nivel 4.	El servicio por correo no está disponible para medicamentos del Nivel 4.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden dar suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D4. Final de la Etapa de cobertura inicial

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. Cubrimos todos los costos de los medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

La EOB le ayudará a llevar un registro de lo que usted haya gastado en sus medicamentos durante el año. Le avisaremos si llega al límite de $7,050. Muchas personas no llegan al límite en un año.

E. Etapa 2: la 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. Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos de Medicare.

F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes

Por lo general, usted paga un copago para cubrir el suministro de un medicamento cubierto para un mes completo. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de medicamentos para menos de un mes.

- Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios graves).
- Si su médico está de acuerdo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

Cuando obtiene una cantidad de medicamento menor al suministro para un mes, el monto que usted paga dependerá de la cantidad de días del medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

- A continuación, le presentamos un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es $1.35. Esto significa que el monto que usted paga por el medicamento es inferior a $0.05 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será inferior a $0.05 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será inferior a $0.35.
- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes completo, si esto le ayudará a:

- Planificar mejor cuando tenga que repetir el surtido;
- Coordinar repeticiones del surtido con otros medicamentos que tome; **y**
- No tener que viajar tantas veces a la farmacia.

G. Asistencia de costo compartido para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA

G1. Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para pacientes ambulatorios que también están cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados a través la Oficina del SIDA para personas inscritas en el ADAP del Departamento de Salud Pública de California.

G2. Qué hacer si no está inscrito en el ADAP

Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050 o visite la página web de ADAP en www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. Qué hacer si ya está inscrito en el ADAP

El programa ADAP puede continuar brindando a sus clientes la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos que figuran en el Formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripciones del ADAP de su área sobre cualquier cambio en el número de póliza o el nombre del plan de la Parte D de Medicare. Si necesita asistencia para encontrar el centro o al encargado de inscripciones del ADAP más cercano, llame al 1-844-421-7050 o consulte la página web mencionada anteriormente.

H. Vacunas

Cubrimos las vacunas de la Parte D de Medicare. Hay dos partes de nuestra cobertura para vacunas de la Parte D de Medicare:

1. La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. Por ejemplo, es posible que, algunas veces, su médico le administre la vacuna.

H1. Qué debe saber antes de vacunarse

Le recomendamos que nos llame primero a Atención al Cliente cuando esté planeando vacunarse.

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle la parte que le corresponde del costo.
- Le podemos decir cómo mantener sus costos bajos si acude a proveedores y farmacias de la red de servicios. Las farmacias de la red de servicios son farmacias que han aceptado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red de servicios es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red de servicios debe trabajar con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para garantizar que usted no tenga que pagar costos iniciales para una vacuna de la Parte D.

H2. Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D de Medicare

El monto que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para qué se la administran).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas se cubren sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios en la Sección D del Capítulo 4.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Es posible que deba pagar un copago por vacunas de la Parte D de Medicare.

A continuación, le indicamos tres formas comunes de cómo puede recibir una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia de la red de servicios y la administración en la farmacia.
   - Usted deberá pagar un copago por la vacuna.
2. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico, quien le administra la vacuna.
   - Deberá pagarle un copago al médico por la vacuna.
   - Nuestro plan pagará el costo de la administración de la vacuna.
   - Desde el consultorio del médico, deben llamar a nuestro plan en este caso, de modo que podamos asegurarnos de que sepan que usted solo tiene que pagar un copago por la vacuna.
3. Usted compra la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que se la administren.
   - Usted deberá pagar un copago por la vacuna.
   - Nuestro plan pagará el costo de la administración de la vacuna.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió en concepto de servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo debe enviarnos una factura para solicitar un pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para los Miembros.*

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos los servicios o medicamentos 154

B. Cómo enviar una solicitud de pago 156

C. Decisiones de cobertura 157

D. Apelaciones 158

A. Cómo solicitarnos que paguemos los servicios o medicamentos

No debe recibir facturas por servicios o medicamentos de la red de servicios. Los proveedores de nuestra red de servicios deben facturarle directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos que usted ya recibió. Un proveedor de la red de servicios es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por el costo total de **los medicamentos o la atención médica, envíenos la factura.** Para enviarnos una factura, consulte la página 156.

- Si los medicamentos o servicios están cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y ya pagó *un monto mayor al de su parte del costo*, tiene derecho a que le reembolsen el pago.
- Si los medicamentos o servicios **no** están cubiertos, se lo informaremos.
- Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Atención al Cliente o con su Navegador de atención. Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

Estos son ejemplos de situaciones en las que tal vez necesite solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que ha recibido:

1. **Si recibe atención de emergencia o atención de urgencia de un proveedor fuera de la red de servicios**

   Debe pedirle al proveedor que nos facture.

   - Si usted paga el monto total al momento de recibir la atención, solicítenos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado.
   - Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado.
     - Si se le debe pagar al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.
     - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte del costo que nos correspondía.

2. Cuando un proveedor de la red de servicios le envía una factura

Los proveedores de la red de servicios siempre deben facturarnos a nosotros. Muestre su Tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cuando obtenga cualquier servicio o medicamento recetado. Una facturación inadecuada/inapropiada es una situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a usted más que el monto del costo compartido del plan por los servicios. **Llame a Atención al Cliente si recibe alguna factura.**

- Como miembro de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, solo tiene que pagar el copago cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores que le facturen a usted más de este monto. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que cobró por un servicio. Si decidimos no pagar determinados cargos, sigue sin ser necesario que los pague usted.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red de servicios que usted considere que es más de lo que debería pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.
- Si ya le ha pagado una factura de un proveedor de la red de servicios, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con el comprobante de los pagos que haya efectuado. Le reembolsaremos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debe según el plan.

3. Cuando utilice una farmacia fuera de la red de servicios para obtener medicamentos recetados

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

- Solo en algunos casos, cubriremos los medicamentos recetados que obtiene en farmacias fuera de la red de servicios. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso de nuestra parte del costo.
- Consulte la Sección A del Capítulo 5 para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red de servicios.

4. Cuando paga el costo completo de un medicamento recetado porque no lleva con usted su Tarjeta de identificación de miembro

Si no lleva con usted su tarjeta de identificación de miembro, puede pedirle a la farmacia que nos llame o busque la información de inscripción del plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento recetado.

- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso de nuestra parte del costo.

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

Usted puede pagar el costo total del medicamento recetado porque el medicamento no tiene cobertura.

- El medicamento puede no estar en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar su costo total.
  - Si no paga el medicamento, pero considera que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte la Sección F del Capítulo 9).
  - Si usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas consideran que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión rápida de cobertura (consulte la Sección F del Capítulo 9).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico u otra persona autorizada a dar recetas para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben ser cubiertos. A esto se lo denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que deben ser cubiertos, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, podrá apelar nuestra decisión.

- Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte la Sección F del Capítulo 9.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su Navegador de atención.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para hacer su solicitud de pago.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar más rápido la información.

- Puede obtener una copia del formulario en nuestra página web (www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect) o puede llamar a Atención al Cliente y pedir el formulario.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Customer Care Department
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

Reclamaciones de medicamentos recetados:
Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Debe enviarnos su reclamación dentro de los 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si su atención médica o medicamento está cubierto por el plan. También decidiremos el monto, si lo hubiera, que usted deberá pagar por la atención médica o el medicamento.

- Le informaremos si necesitamos información adicional de usted.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque por lo que pagó o nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.
- La Sección B del Capítulo 3 explica las normas que debe cumplir para obtener servicios cubiertos. Las Secciones A a F del Capítulo 5 explican las normas que debe cumplir para obtener la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.
- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta en la que se le explicará la razón. La carta también le explicará sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección D del Capítulo 9.

D. Apelaciones

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se denomina presentación de una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que debe pagar.

- El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte las Secciones D y E del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación sobre un reembolso por un servicio de atención médica, consulte la página 189.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la página 208.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para los Miembros.*

Índice

A. Su derecho a que le proporcionemos información de una manera que satisfaga sus necesidades 160

B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 167

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI) 168

C1. Cómo protegemos su PHI 168

C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos 169

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestros proveedores de la red de servicios y sus servicios cubiertos 170

E. Los proveedores de la red de servicios no pueden facturarle directamente 171

F. Su derecho a dejar Cal MediConnect Plan 171

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 171

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica 171

G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica usted mismo 172

G3. Qué hacer si sus instrucciones no se siguen 173

H. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado 173

H1. Qué hacer si siente que lo están tratando injustamente o desea obtener más información sobre sus derechos 174

I. Sus responsabilidades como miembro del plan 175

A. Su derecho a que le proporcionemos información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que se encuentre en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a Atención al Cliente. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en formatos como letra grande, braille o audio. Los materiales también pueden estar disponibles en armenio, camboyano, chino, farsi, hindi, hmong, japonés, coreano, laosiano, mien, punjabi, ruso, español, tagalo, tailandés, ucraniano y vietnamita:
    - 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.
    - Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan archivará su idioma y formato preferidos para futuras comunicaciones. Para realizar actualizaciones sobre sus preferencias, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Si tiene dificultad para obtener información sobre nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y desea presentar un reclamo, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para beneficios de Medi-Cal, también puede solicitar una Audiencia estatal si el plan de salud se niega a prestar servicios, los reduce o los finaliza y usted cree que debería recibirlos. Para solicitar una Audiencia estatal de Medi-Cal y presentar un reclamo, llame al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349.

- Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Estamos obligados a darle información sobre sus derechos todos los años en que usted sea miembro de nuestro plan.
- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
    - Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Para el condado de Los Angeles, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, chino, armenio, ruso,

tagalo, coreano, farsi, árabe y camboyano. Para el condado de San Diego, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, tagalo y árabe. Puede realizar una solicitud permanente para recibir los materiales 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 Servicios para los miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- Si está teniendo inconvenientes para recibir información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o con una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para los beneficios de Medi-Cal, también puede pedir una Audiencia estatal imparcial si el plan de salud deniega, reduce o cancela servicios que usted cree que debería recibir. Para pedir una Audiencia estatal imparcial de Medi-Cal y presentar una queja, llame al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349.

我們必須用您能了解的方式，告訴您計劃的福利和您的權利。您加入本計劃期間，我們每年都 必須把您的權利告訴您。

要以您能了解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計劃有專人能用各種語言回答您的 疑問。

- 本計劃也能向您提供英語以外其他語言的資料，並以大字體、盲人點字或語音等格式提供資料。在Los Angeles縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、中文、亞美尼亞文、俄羅斯文、塔加洛文、韓文、法爾西文、阿拉伯文和柬埔寨文。在San Diego縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、塔加洛文和阿拉伯文。您可來電Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.會員服務部，要求收到英語以外其他語言和／或其他格式的資料。您可以立即或在日後申請獲得英語以外的其他語言版本或備選格式的材料。如需申請，請聯絡第一健保(Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.)會員服務部。

- 如果您因為語言方面的問題或因為殘疾而無法自本計劃取得資訊，而您希望提出投訴，請致電聯邦醫療保健計劃(Medicare)，電話1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。每週七天辦公，每天24小時。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。關於Medi-Cal福利，如果健保計劃拒絕、縮減或終止您認為您應該可取得的服務時，您也可要求舉行州公平聽證會。如欲要求舉行Medi-Cal州公平聽證會和提出投訴，請致電1-800-952-5253。聽障和語障人士可致電1-800-952-8349。

- Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách thức quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.
- Để nhận được thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, vui lòng gọi ban Dịch vụ hội viên. Chương trình của chúng tôi có các nhân viên có thể trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.
    - Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và dưới các dạng như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Đối với Quận Los Angeles, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Hoa, tiếng Armenia, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Hàn, tiếng Farsi, tiếng Ả-rập và tiếng Cam-pu-chia. Đối với Quận San Diego, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Tagalog và tiếng Ả-rập. Quý vị cũng có thể yêu cầu nhận các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và/hoặc dưới dạng khác bằng cách gọi cho ban Phục vụ hội viên của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
    - Nếu quý vị đang gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì các vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048. Đối với các quyền lợi Medi-Cal, quý vị cũng có thể yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang nếu các chương trình bảo hiểm y tế từ chối, giảm trừ hoặc chấm dứt các dịch vụ quý vị nghĩ rằng quý vị sẽ nhận được. Để yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang Medi-Cal và nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi số 1-800-952-5253. Người dùng TTY cần gọi số 1-800-952-8349.
- Մենք ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք Ձեզ հասկանալի եղանակով: Մենք Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք ամեն տարի, որ գտնվում եք մեր ծրագրում:
- Ձեզ հասկանալի եղանակով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկում: Մեր ծրագրում կան անձեր, ովքեր հարցերին կարող են պատասխանել տարբեր լեզուներով:
    - Մեր ծրագիրը կարող է նյութերը Ձեզ տալ նաև անգլերենից տարբեր լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպես՝ խոշոր տպատառերով, Բրայլյան այբուբենով կամ ձայնագրված: Լոս Անջելես վարչաշրջանի համար նյութերը տրամադրելի են իսպաներենով, վիետնամերենով, չինարենով, հայերենով, ռուսերենով, տագալերենով, կորեերենով, պարսկերենով, արաբերենով և կամբոջերենով: Սան Դիեգո վարչաշրջանի համար նյութերը տրամադրելի են իսպաներենով, վիետնամերենով,

տագալերենով և արաբերենով: Կարող եք նյութերը անգլերենից տարբեր լեզուներով և/կամ այլընտրական ձևաչափով ստանալու խնդրանք ներկայացնել զանգահարելով Blue Shield Promise Cal MediConnect ծրագրի Անդամների սպասարկում:

- Եթե դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալ լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ուզում եք գանգատ ներկայացնել, զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 համարով: Medi-Cal-ի նպաստների համար, կարող եք նաև Նահանգային արդար լսում խնդրել, եթե առողջապահական ծրագիրը մերժի, նվազեցնի կամ դադարեցնի ծառայություններ, որոնք կարծում եք, որ պետք է ստանաք: Medi-Cal-ի Նահանգային արդար լսում խնդրելու և գանգատ ներկայացնելու համար, զանգահարեք 1-800-952-5253 համարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-952-8349 համարով:

- Мы обязаны рассказать вам в понятной для вас форме о преимуществах плана и ваших правах. Мы обязаны рассказывать вам о ваших правах ежегодно на протяжении вашего участия в нашем плане.
- Позвоните в Отдел обслуживания участников (Customer Care) для получения информации в понятной для вас форме. Сотрудники нашего плана могут ответить на ваши вопросы на разных языках.
  - Наш план может также предоставить вам материалы на других языках, помимо английского, напечатанные крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудио формате. Для округа Лос-Анджелес материалы доступны на испанском, вьетнамском, китайском, армянском, русском, тагальском, корейском, языке фарси, арабском и камбоджийском языках. Для округа Сан-Диего материалы доступны на испанском, вьетнамском, тагальском и арабском языках. Вы можете подать запрос на получение материалов на других языках, помимо английского, и/или в альтернативном формате, позвонив в Отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect.
  - Если у вас возникают проблемы с получением информации от нашего плана из-за языковых проблем или в связи с ограниченными возможностями, и Вы хотите подать жалобу, позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить по этому номеру 24 часа в сутки, без выходных.

Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру 1-877-486-2048. Одним из преимуществ программы Medi-Cal является то, что вы всегда можете подать запрос о проведении Объективного слушания дела на уровне штата (State Hearing), если план медицинского страхования отказывается от предоставления услуг, сокращает или прекращает предоставление услуг, которые, на ваш взгляд, должны быть вам предоставлены. Для подачи запроса о проведении Объективного слушания дела на уровне штата и обращения с жалобой звоните по номеру 1-800-952-5253. Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру 1-800-952-8349.

- Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang iyong mga karapatan sa paaraang mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taon na ikaw ay nasa aming plano.
- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga tauhan na makakasagot ng iyong mga tanong sa iba't ibang wika.
  - Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa iba't ibang wika maliban sa Ingles at sa mga format na tulad ng malaking print, braille o audio. Para sa Los Angeles County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Chinese, Armenian, Russian, Tagalog, Korean, Farsi, Arabic at Cambodian. Para sa San Diego County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Tagalog, Hmong at Arabic. Maaari kang maghain ng kahilingan para makatanggap ng mga materyal sa iba't ibang wika maliban sa Ingles at/o sa alternatibong format sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect.

  - Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa mga benepisyo ng Medi-Cal, maaari ka ring humiling para sa isang Patas na Pagdinig ng Estado kung tinanggihan, binawasan o tinapos ng planong pangkalusugan ang mga serbisyo na sa palagay mo ay dapat mong matanggap. Upang humiling sa Medi-Cal ng Patas na Pagdinig ng Estado at maghain ng reklamo, tumawag sa 1-800-952-5253. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349.

- 저희는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 매년 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다.
- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으시려면 가입자 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜에는 여러 가지 언어로 질문에 답변할 수 있는 직원들이 있습니다.
  - 저희 플랜은 또한 영어 이외의 언어로 된 자료 및 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 된 자료를 귀하에게 제공할 수 있습니다. 로스앤젤레스 카운티의 경우 자료들은 스페인어, 베트남어, 중국어, 아르메니아어, 러시아어, 타갈로그어, 한국어, 페르시아어, 아랍어 및 캄보디아어로 이용할 수 있습니다. 샌디에고 카운티의 경우 자료들은 스페인어, 베트남어, 타갈로그어 및 아랍어로 이용할 수 있습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자 서비스에 전화하시면 영어 이외의 언어로 된 자료 및/또는 다른 형식으로 된 자료를 요청하실 수 있습니다.
  - 언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 받는데 문제가 있고 이에 대한 불만을 접수하시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 Medicare에 전화하십시오. 주 7일, 24시간 동안 언제든지 전화하실 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. Medi-Cal 혜택의 경우 귀하가 받아야 한다고 생각하는 서비스를 건강보험에서 거부, 축소 또는 종료한 경우 귀하는 주정부 공정심의회를 요청하실 수 있습니다. 주정부 공정심의회 요청 및 불만 접수를 하시려면 1-800-952-5253번으로 전화하십시오. TTY 이용자는 1-800-952-8349 번으로 전화하십시오.

ما باید موضوعات مربوط به مزایای برنامه درمانی و حقوق شما را به صورتی بیان کنیم که برایتان قابل فهمیدن باشد. ما باید حقوق شما را در هر سالی که در برنامه درمانی عضویت دارید برایتان توضیح دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به صورتیکه برایتان قابل فهمیدن باشد، با خدمات اعضا تماس بگیرید. برنامه درمانی ما اشخاصی را در استخدام دارد که می توانند به سؤالات به زبان های گوناگون پاسخ دهند.
- برنامه درمانی ما می تواند اطلاعات را به زبان هایی به غیر از انگلیسی و به فرمت هایی از قبیل چاپ درشت، بریل یا صوتی نیز به شما ارائه کند. برای کانتی لس آنجلس، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، چینی، ارمنی، روسی، تاگالوگ، کره ای، فارسی، عربی و کامبوجی موجود هستند. برای کانتی سن دیاگو، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، تاگالوگ و عربی موجود می باشند. توسط تماس با خدمات اعضای Blue Shield Promise Cal MediConnect Planمی توانید درخواست کنید که نشریات را به زبان های دیگری به غیر از انگلیسی و/یا فرمت متفاوتی دریافت کنید.
- اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکلی مواجه هستید و می خواهید شکایتی را تسلیم کنید، باMedicare به شماره(1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 تماس بگیرید. می توانید در 24 ساعت شبانروز و هفت روز هفته تماس بگیرید. کاربرانTTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای مزایای Medi-Cal، *اگر برنامه درمانی از ارائه خدماتی که فکر می کنید باید دریافت کنید امتناع کرد، آنها را کاهش*

یا خاتمه داد، می توانید برای دادرسی عادلانه ایالتی نیز درخواست کنید. برای درخواست دادرسی عادلانه ایالتی Medi-Cal *و تسلیم شکایت، با شماره* 1-800-952-5253 *تماس بگیرید. کاربران* TTY *باید با شماره* 1-800-952-8349 *تماس بگیرند.*

យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គំរោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នក ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ថាអ្នកនៅក្នុងគំរោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលព័ត៌មាន ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។ គំរោងរបស់យើងមានមនុស្សដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គំរោងរបស់យើង ក៏អាចឲ្យសំភា:ទៅអ្នក ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីអង់គ្លេស និងជាទំរង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរប្រ៊ីល ឬថាសសំឡេងជាដែរ។ សំរាប់ខោនធី Los Angeles សំការ:គឺមានជា ភាសាអេស្ប៉ាញ្ញ៉ូল,វៀតណាម, ចិន, អាមេនី, រូស្ស៊ី, តាហ្គាឡុក, កូរេ, ហ្មាស៊ី, អារ៉ាប់, និង ខ្មែរ។ សំរាប់ខោនធី San Diego សំការ:គឺមានជាភាសាអេស្ប៉ាញ្ញ៉ូল, វៀតណាម, តាហ្គាឡុក, និង អារ៉ាប់។ អ្នកអាចស្នើសុំទទួលសំការ:ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីអង់គ្លេស និង/ឬ ជាទំរង់ផ្សេងទៀត ដោយទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។
- បើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលព័ត៌មានពីគំរោងរបស់យើង ពីព្រោះបញ្ហាខាងភាសា ឬភាពពិការ ហើយអ្នក ចង់ប្តឹងបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើ TTY ត្រូវតែហៅលេខ 1-877-486-2048។ សំរាប់ អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal អ្នកក៏អាចស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ផងដែរ បើគំរោងសុខភាព បដិសេធ កាត់បន្ថយ ឬបញ្ចប់សេវា ដែលអ្នកគិតថាអ្នកគួរតែទទួល។ ដើម្បីស្នើសុំរដ្ឋសវនាការយុត្តិធម៌ Medi-Cal និងប្តឹងបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-952-5253។ អ្នកប្រើ TTY ត្រូវតែហៅលេខ 1-800-952-8349។

يجب علينا إخبارك بمزايا الخطة وبحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب علينا إخبارك بحقوقك في كل سنة تشترك فيها في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. تتضمن الخطة أشخاصًا يمكنهم الإجابة على الاستفسارات بمختلف اللغات.
- يمكن أن توفر الخطة أيضًا موادًا بلغات مختلفة خلاف اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل، الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو كمواد سمعية. وبالنسبة لمقاطعة لوس أنجلوس، تتوفر المواد باللغات الإسبانية والفيتنامية والصينية والأرمينية والروسية والتاجالوجية والكورية والفارسية والعربية والكمبودية. وبالنسبة لمقاطعة سان دييغو، تتوفر المواد باللغات الإسبانية والفيتنامية والتاجالوجية والعربية. ويمكنك تقديم طلب للحصول على المواد بلغات أخرى خلاف اللغة الإنجليزية و/أو بالتنسيقات البديلة عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء التابع لخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
- الاتصال إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على المعلومات من الخطة بسبب مشاكل اللغة أو الإعاقة وترغب في تقديم شكوى، يُرجى ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE.ويرجى العلم بأنَّ إمكانية

الاتصال متاحة على مدار 24 ساعة ولمدة 7 ايام في الاسبوع. (TTY)وعلى مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم
1-877-486-2048. وبالنسبة للمشاكل المتعلقة بمزايا برنامج Medi-Cal، يمكنك أيضًا طلب عقد جلسة استماع عادلة بالولاية إذا قامت الخطة برفض أو تخفيض أو إيقاف توفير خدمات تعتقد بأنَّه يحق لك الحصول عليها. ولطلب عقد جلسة استماع عادلة بالولاية خاصة ببرنامج Medi-Cal وتقديم شكوى، يمكنك الاتصال على الرقم
1-800-952-5253. وعلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم .1-800-952-8349

B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) en nuestra red de servicios. Un proveedor de la red de servicios es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden ser un PCP y cómo encontrar uno en la Sección D del Capítulo 3.
    - Llame a Atención al Cliente o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red de servicios y saber qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Las mujeres tienen derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer sin necesidad de obtener una remisión. Una remisión es la aprobación de su PCP para que usted consulte a alguien que no sea su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red de servicios en un plazo razonable.
    - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas.
    - Si no puede obtener servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red de servicios.
- Usted tiene derecho a recibir servicios o atención de emergencia que necesite de manera urgente sin una aprobación previa.
- Usted tiene derecho a obtener sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de la red de servicios, sin demoras prolongadas.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red de servicios. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red de servicios, consulte la Sección D del Capítulo 3.
- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, tiene derecho a mantener sus proveedores actuales y autorizaciones del servicio hasta 12 meses si se cumplen

ciertas condiciones. Para obtener más información sobre cómo mantener sus proveedores y autorizaciones del servicio, consulte la Sección F del Capítulo 1.

- Usted tiene derecho a dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y el Navegador de atención.

Las Secciones A y B del Capítulo 9 explican lo que puede hacer si considera que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un plazo razonable. Las Secciones E a J del Capítulo 9 también explican lo que puede hacer si rechazamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)

Protegemos su información personal de salud (PHI) según lo exigido por las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos suministró cuando se inscribió en este plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le enviamos un aviso por escrito en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica también cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama “Aviso sobre prácticas de privacidad”.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguraremos de que ninguna persona no autorizada vea o modifique sus registros.

En la mayoría de los casos, no les proporcionamos su PHI a las personas que no le brindan atención médica ni pagan los costos de su atención. Si lo hacemos, debemos obtener un permiso por escrito de su parte primero. Usted o alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones en su nombre pueden dar el permiso por escrito.

Hay ciertos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.

- Debemos divulgar la PHI a agencias del gobierno que controlan la calidad de nuestra atención.
- Debemos divulgar la PHI si un tribunal lo solicita.
- Debemos proporcionarle a Medicare su PHI. Si Medicare divulga su PHI con fines de investigación o para otros fines, se hará de conformidad con las leyes federales.

C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos

- Usted tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias de sus registros médicos.
- Usted tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.
- Usted tiene derecho a saber si se ha compartido su PHI con otras personas y la manera en que se hizo; para eso, puede solicitar una lista o un resumen de las veces que compartimos su información de salud durante seis años antes de la fecha en que usted consulte con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, el pago y las operaciones relacionadas con la atención médica, y otras divulgaciones (como las que usted nos solicite realizar). Le proporcionaremos un informe gratis por año, pero le cobraremos un cargo razonable basado en los costos si solicita otro dentro de un período de 12 meses.

C3. Usted tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted de alguna manera específica o que le enviemos el correo a una dirección distinta

- Usted tiene derecho a solicitar Comunicaciones confidenciales.
- Podemos rechazar su solicitud, pero le daremos la razón por escrito en un plazo de 60 días.

C4. Usted tiene derecho a solicitarnos que limitemos lo que usamos y compartimos

- Usted tiene derecho a solicitarnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si afectara su atención.

C5. Usted tiene derecho a elegir a una persona para que actúe en su nombre

- Si le ha entregado a alguien un Poder de representación para la atención médica o si alguien es su apoderado, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones respecto de su información de salud.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a la Oficina de Privacidad de Blue Shield of California al 1-888-266-8080.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestros proveedores de la red de servicios y sus servicios cubiertos

Como miembro de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, usted tiene derecho a recibir información de nosotros. Si no habla español, tenemos un servicio de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud. Para obtener un intérprete, simplemente, llámenos al 1-855-905-3825 TTY: 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Este es un servicio gratuito para usted. La *Guía para los Miembros* y otros materiales importantes están disponibles en otros idiomas además de español. Los materiales también pueden estar disponibles en armenio, camboyano, chino, farsi, hindi, hmong, japonés, coreano, laosiano, mien, punjabi, ruso, español, tagalo, tailandés, ucraniano y vietnamita. También podemos brindarle la información en letra grande, braille o audio.

Llame a Atención al Cliente si desea obtener información sobre lo siguiente:

- Cómo elegir o cambiar de plan.
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
  - Información financiera.
  - Cómo nos han calificado otros miembros del plan.
  - La cantidad de apelaciones realizadas por los miembros.
  - Cómo se puede dejar el plan.
- Nuestros proveedores y nuestras farmacias de la red de servicios, incluido lo siguiente:
  - Cómo elegir o cambiar los médicos de atención primaria.
  - Calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de red de servicios.
  - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red de servicios.
- Servicios y medicamentos cubiertos y sobre las normas que debe cumplir, incluido lo siguiente:
  - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan.
  - Límites de su cobertura y medicamentos.
  - Normas que debe cumplir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos.
- Los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto, lo que incluye solicitarnos lo siguiente:

- Explicarle por escrito los motivos por los que algo no está cubierto.
- Cambiar una decisión que tomamos.
- Pagar una factura que usted recibió.

E. Los proveedores de la red de servicios no pueden facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores en nuestra red de servicios no pueden hacerlo pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si les pagamos menos de lo que el proveedor cobró. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red de servicios trata de cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7.

F. Su derecho a dejar Cal MediConnect Plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no quiere.

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de los servicios de atención médica a través de Original Medicare o de un plan Medicare Advantage.
- Puede recibir sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos recetados o de un plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10 para obtener más información sobre cuándo puede unirse a un nuevo plan Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos recetados.
- Le seguirán ofreciendo sus beneficios de Medi-Cal a través de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, a menos que elija un plan diferente disponible en este condado.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica cuando recibe esta atención. Sus proveedores deben explicar su condición y sus opciones de tratamiento de manera que usted pueda comprender. Tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamientos.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados. Se le debe informar por adelantado si algún servicio o tratamiento es

parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.

- **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir un tratamiento.
- **Decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no será dado de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra.
- **Solicítenos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor negó la atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado atención que usted considera que debería recibir.
- **Solicítenos que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que no suele tener cobertura.** Esto se denomina decisión de cobertura. Las Secciones D, E y F del Capítulo 9 indican cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas. Antes de que eso le suceda, usted puede realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario escrito a fin de **otorgarle a alguien el derecho a tomar decisiones sobre la atención médica por usted**.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede utilizar para dar las instrucciones se denomina directivas anticipadas. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Algunos ejemplos son el testamento vital y un poder de representación para la atención médica.

No es necesario que utilice directivas anticipadas, pero puede hacerlo si así lo desea. Esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información a las personas acerca de Medicare o Medi-Cal, como el Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP), también pueden tener

formularios de directivas anticipadas. También puede comunicarse con Atención al Cliente y solicitar los formularios.

- **Llenar y firmar el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Proporcionar copias a las personas que necesitan saber lo que contiene.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico. También debe entregarle una copia a la persona que nombre para que tome las decisiones por usted. Es recomendable que también les entregue copias a algunos amigos cercanos o familiar. Asegúrese de guardar una copia en casa.
- Si deberá hospitalizarse y ha firmado directivas anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital**.
  - En el hospital se le preguntará si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo lleva con usted.
  - Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección llenar un formulario de directivas anticipadas o no.

G3. Qué hacer si sus instrucciones no se siguen

Si ha firmado directivas anticipadas y considera que el médico o el hospital no han seguido las instrucciones consignadas en ese documento, puede presentar un reclamo ante Livanta BFCC-QIO Program, la Organización para la mejora de la calidad (QIO) del estado de California, al 1-877-588-1123 (TTY: 711 o 1-855-887-6668).

H. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Las Secciones D a F del Capítulo 9 indican lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, podría pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar un reclamo.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Atención al Cliente.

H1. Qué hacer si siente que lo están tratando injustamente o desea obtener más información sobre sus derechos

Si considera que no se lo ha tratado de manera injusta, y dicho trato **no** se trata de discriminación por los motivos que figuran en el Capítulo 11, o desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a los siguientes sitios:

- Atención al Cliente.
- Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP). Para obtener más información sobre esta organización y cómo ponerse en contacto con esta, consulte la Sección E del Capítulo 2.
- El programa Cal MediConnect Ombuds. Para obtener más información sobre esta organización y cómo ponerse en contacto con esta, consulte la Sección I del Capítulo 2.
- 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. (También puede leer o descargar el documento “Medicare Rights & Protections” [Derechos y protecciones de Medicare] en la página web de Medicare, en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de realizar lo que se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Atención al Cliente.

- **Lea la *Guía para los Miembros*** para saber qué está cubierto y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de servicios y medicamentos. Para obtener detalles sobre lo siguiente:
  - Servicios cubiertos: consulte los Capítulos 3 y 4. Esos capítulos le informan lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que usted paga.
  - Medicamentos cubiertos: consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que usted tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Comuníquese con Atención al Cliente si tiene otra cobertura.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica** que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro siempre que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a que sus médicos** y otros proveedores de atención médica le brinden la mejor atención.
  - Proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus proveedores acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que está tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Sus médicos y otros proveedores deben explicar las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y consultorios de otros proveedores.

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Las primas de las Parte A y Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, Medi-Cal paga las primas de la Parte A y la Parte B.
  - Para algunos de sus servicios y apoyos a largo plazo o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento. Este será un copago (un monto fijo) **o** coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le informa lo que usted debe pagar por sus servicios y apoyos a largo plazo. La Sección D del Capítulo 6 le informa lo que usted debe pagar por sus medicamentos.
  - **Si usted recibe algún servicio o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte las Secciones D a J del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Atención al Cliente.
  - **Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro del plan.** Solo aquellas personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. La Sección D del Capítulo 1 brinda información sobre nuestra área de servicio.
  - Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el período de inscripción especial, usted puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare en su nueva ubicación. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
  - Además, asegúrese de informarle a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte las Secciones G y H del Capítulo 2 para obtener los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
  - **Si se muda dentro del área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Debemos mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- Llame a Atención al Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o un reclamo relacionados con el plan.
- Necesita un servicio, un artículo o un medicamento que el plan ha dicho que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que el plan tomó respecto de su atención.
- Cree que sus servicios cubiertos finalizan demasiado pronto.
- Tiene un problema o un reclamo relacionados con los servicios y apoyos a largo plazo, que incluyen los Servicios comunitarios para adultos (CBAS) y los servicios en Centros de enfermería (NF).

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. Este capítulo se divide en diferentes secciones que le ayudan a encontrar con facilidad lo que busca.

Si se enfrenta a un problema relacionado con su salud o los servicios y apoyos a largo plazo

Usted debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores definen como necesarios para su atención, como parte del plan de atención. **Si tiene un problema relacionado con su atención, puede llamar al Programa Cal MediConnect Ombuds al 1-855-501-3077 y solicitar ayuda.** En este capítulo se explican las diferentes opciones con las que cuenta para los distintos problemas y reclamos, pero siempre puede llamar al Programa Cal MediConnect Ombuds para que lo guíen a fin de resolver el problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y las maneras de ponerse en contacto con el programa, consulte el Capítulo 2 para ver información sobre los programas del defensor de los derechos del paciente.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema 180

A1. Acerca de los términos legales 180

B. Dónde llamar para obtener ayuda 180

B1. Dónde puede obtener más información y ayuda 180

C. Problemas con los beneficios 181

C1. Cómo usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o presentar un reclamo 181

D. Decisiones de cobertura y apelaciones 182

D1. Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones 182

D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones 182

D3. Cómo usar la sección de este capítulo que lo ayudará 184

E. Problemas relacionados con los servicios, los artículos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D) 185

E1. Cuándo utilizar esta sección 185

E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura 186

E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D) 189

E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D) 192

E5. Problemas con pagos 198

F. Medicamentos de la Parte D 200

F1. Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le rembolsemos por un medicamento de la Parte D 200

F2. Qué es una excepción 203

F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones 204

F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción 205

F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D 208

F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D 211

G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada 212

G1. Conozca sus derechos de Medicare 213

G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 213

G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 216

G4. Qué sucede si se vence el plazo de la apelación 217

H. Qué debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto 219

H1. Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura 220

H2. Apelación de Nivel 1 para prolongar su atención 220

H3. Apelación de Nivel 2 para prolongar su atención 222

H4. Qué sucede si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1 224

I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 226

I1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare 226

I2. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medi-Cal 226

J. Cómo presentar un reclamo 227

J1. Sobre qué tipos de problemas deben ser los reclamos 227

J2. Reclamos internos 228

J3. Reclamos externos 230

A. Qué hacer si tiene un problema

En este capítulo se le indica qué hacer si tiene un problema con su plan, con los servicios o con el pago. Medicare y Medi-Cal aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos cumplir.

A1. Acerca de los términos legales

Existe terminología legal compleja para algunas de las normas y los plazos de este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por eso hemos utilizado palabras más simples en vez de ciertos términos legales. Evitamos al máximo el uso de abreviaturas.

Por ejemplo, aparecerá:

- “Presentar un reclamo” en lugar de “interponer una queja”.
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”.
- “Decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”.

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por eso también los explicamos.

B. Dónde llamar para obtener ayuda

B1. Dónde puede obtener más información y ayuda

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Puede recibir ayuda del Programa Cal MediConnect Ombuds

Si necesita ayuda, puede llamar al Programa Cal MediConnect Ombuds. El Programa Cal MediConnect Ombuds es un programa del defensor de los derechos del paciente que puede responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué debe hacer para resolver su problema. El Programa Cal MediConnect Ombuds no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Pueden ayudarlo a comprender qué procesos utilizar. El número de teléfono del Programa Cal MediConnect Ombuds es 1-855-501-3077. Los servicios son gratuitos. Para obtener más información sobre los programas del defensor de los derechos del paciente, consulte el Capítulo 2.

Puede recibir ayuda del Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud

También puede llamar al Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a comprender qué debe hacer para resolver su problema. 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 de HICAP es 1-800-434-0222.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda para resolver sus problemas. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite la página web de Medicare en www.medicare.gov.

Puede recibir ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

En este párrafo, el término “queja” significa una apelación o reclamo acerca de los servicios de Medi-Cal, su plan de salud o uno de sus proveedores.

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 a su plan de salud al **1-855-905-3825 (TTY: 711)** y utilizar el proceso de quejas de su plan de salud 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** cuenta con formularios de reclamo, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

C. Problemas con los beneficios

C1. Cómo usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o presentar un reclamo

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para resolver sus problemas o reclamos.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura? (Esto incluye los problemas acerca de si la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo o los medicamentos recetados en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).	
Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección D**: **"Decisiones de cobertura y apelaciones"** en la página 182.	**No.** Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura. Vaya a la **Sección J**: **"Cómo presentar un reclamo"** en la página 227.

D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones

El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura. También incluye problemas con los pagos. Usted no es responsable por los cargos de Medicare, excepto los copagos de la Parte D.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar.

Si usted o su médico no están seguros de si Medicare o Medi-Cal cubren un servicio, artículo o medicamento, cualquiera de los dos puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico brinde el servicio, artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y que la modifiquemos si considera que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted desea no esté cubierto o que ya no tenga cobertura de Medicare o Medi-Cal. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

¿A quién puedo pedirle ayuda para solicitar decisiones de cobertura o presentar una apelación?

Puede pedir ayuda a cualquiera de los que se mencionan a continuación:

- Llame a **Atención al Cliente** al 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Llame al **Programa Cal MediConnect Ombuds** para obtener ayuda sin cargo. El Programa Cal MediConnect Ombuds ayuda a las personas inscritas en Cal MediConnect con problemas de servicio o facturación. El número de teléfono es 1-855-501-3077.
- Llame al **Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP)** para obtener ayuda gratis. HICAP es una organización independiente. No tiene ninguna relación con este plan. El número de teléfono es 1-800-434-0222.
- Llame al **Centro de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)** para obtener ayuda gratis. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas inscritas en Cal MediConnect con las apelaciones relacionadas con problemas respecto de los servicios o la facturación de Medi-Cal. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas que son sordas, que tienen problemas auditivos o dificultades del habla pueden usar el número TDD gratuito 1-877-688-9891.
- Converse con **su médico o proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúe en su nombre. Usted puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Atención al Cliente y pida el formulario “Designación de representante”. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. El formulario le otorga a la otra persona el permiso para que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado** para que actúe por usted. Puede llamar a su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de remisión. Algunos grupos legales le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted cumple con los requisitos. Si quiere que lo represente un abogado, deberá llenar el formulario de Designación de representante. Puede solicitar un abogado de asistencia legal de Health Consumer Alliance al 1-888-804-3536.
    - Sin embargo, **no es obligatorio que tenga un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o presente una apelación.

D3. Cómo usar la sección de este capítulo que lo ayudará

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. Este capítulo está dividido en distintas secciones para ayudarle a encontrar las normas que debe cumplir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema:**

- **La Sección E en la página 185** le da información si tiene problemas con los servicios, artículos y medicamentos (pero **no** con los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si sucede lo siguiente:
  - No está recibiendo la atención médica que desea y considera que nuestro plan cubre esta atención.
  - No aprobamos los servicios, artículos o medicamentos que su médico quiere darle y usted considera que esto debería estar cubierto.
    - **NOTA:** Solo use la Sección E si se trata de medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como la Lista de medicamentos, que tienen la sigla “NPD” (medicamento no preferido) no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F en la página 200 para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D.
  - Recibió atención o servicios médicos que cree que deberían estar cubiertos, pero no pagamos dicha atención.
  - Recibió y pagó servicios médicos o artículos que usted creía que estaban cubiertos, y quiere solicitarnos que le reembolsemos el dinero.
  - Le han notificado que la cobertura de la atención médica que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
    - **NOTA:** Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Consulte las Secciones G y H en las páginas 212 y 219.
- **La Sección F en la página 200** proporciona información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si sucede lo siguiente:
  - Desea solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.

  - Quiere solicitarnos que no apliquemos límites en la cantidad de medicamento que puede obtener.
  - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
  - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted o su médico u otra persona autorizada a dar recetas consideran que deberíamos haberlo hecho.
  - Quiere solicitarnos que paguemos un medicamento recetado que usted ya compró. (Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago).

- **La Sección G en la página 212** proporciona información sobre cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si sucede lo siguiente:
  - Está en el hospital y cree que el médico le solicitó que deje el hospital demasiado pronto.
- **La Sección H en la página 219** proporciona información sobre lo que debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, la atención en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY: 711).

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Programa Cal MediConnect Ombuds al 1-855-501-3077.

E. Problemas relacionados con los servicios, los artículos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

E1. Cuándo utilizar esta sección

Esta sección trata sobre lo que debe hacer si tiene problemas con sus beneficios de atención médica, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). También puede utilizar esta sección para problemas relacionados con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos de la Lista de medicamentos que tienen la sigla “NPD” **no** están cubiertos por la Parte D. Utilice la Sección F para obtener información sobre las Apelaciones de medicamentos de la Parte D.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Cree que el plan cubre la atención médica, los servicios de salud conductual o los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que necesita, pero que no recibe.

   Qué puede hacer: puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página 186 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. El plan no aprobó la atención que su médico desea brindarle y usted cree que debería hacerlo.

   Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Consulte la Sección E3 en la página 189 para obtener información sobre cómo realizar una apelación.

3. Recibió servicios o artículos que cree que cubrimos, pero el plan no los pagará.

   Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 en la página 189 para obtener información sobre cómo realizar una apelación.

4. Recibió y pagó servicios o artículos que usted creía que estaban cubiertos, y quiere que le reembolsemos el dinero por los servicios o artículos.

   Qué puede hacer: Puede pedirnos un reembolso. Consulte la Sección E5 en la página 198 para obtener información sobre cómo solicitar un pago.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para un determinado servicio y no está de acuerdo con nuestra decisión.

   Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el servicio. Consulte la Sección E3 en la página 189 para obtener información sobre cómo realizar una apelación.

   NOTA: Si la cobertura que se cancelará es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada o para los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), se aplican normas especiales. Lea las Secciones G o H, en las páginas 212 y 219 para obtener más información.

E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener atención médica, servicios de salud conductual o ciertos servicios y apoyos a largo plazo (servicios CBAS o NF)

Para solicitar una decisión de cobertura, llame, escriba o envíenos un fax, o pídale a su representante o médico que nos solicite una decisión.

- Puede llamarnos al: 1-855-905-3825 TTY: 711.
- Puede enviarnos un fax al: 1-323-889-6577

- Puede escribirnos a: Blue Shield of California Promise Health Plan
  Customer Care Department
  601 Potrero Grande Drive
  Monterey Park, CA 91755

¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de cobertura?

Después de presentar la solicitud y recopilar toda la información que necesitamos, tomar la decisión nos lleva, por lo general, 5 días hábiles a menos que su solicitud sea para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una decisión en un plazo máximo de 72 horas después de la recepción de su solicitud. Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare), usted puede apelar.

A veces, necesitamos más tiempo; en ese caso, le enviaremos una carta en la que se le indicará que nos tomará hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué necesitamos más tiempo. No podemos dedicar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápidamente?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura". Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas (o en un plazo de 24 horas para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare).

Sin embargo, a veces, necesitamos más tiempo; en ese caso, le enviaremos una carta en la que se le indicará que nos tomará hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué necesitamos más tiempo. No podemos dedicar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

> **El término legal** para "decisión rápida de cobertura" es **"determinación acelerada".**

Cómo solicitar una decisión rápida de cobertura:

- Llámenos o envíenos un fax para solicitarnos que cubramos la atención que desea.
- Llámenos al 1-855-905-3825 (TTY: 711) o envíenos un fax al 1-323-889-5049.
- Puede encontrar otros detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros en el Capítulo 2.

También puede pedirle a su proveedor o representante que solicite una decisión rápida de cobertura por usted.

A continuación, se mencionan las normas para solicitar una decisión rápida de cobertura:

Debe cumplir con los dos requisitos a continuación para obtener una decisión rápida de cobertura:

1. Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica o un artículo que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica o del artículo que haya recibido).

2. Podrá obtener una decisión rápida de cobertura **solo si el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare) podría poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.**

   - Si su médico dice que necesita una decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.

   - Si nos pide una decisión rápida de cobertura sin el respaldo de su médico, decidiremos si le otorgaremos una decisión rápida de cobertura.

     - Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta. También usaremos el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare).

     - En esta carta se le dirá que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.

     - En la carta también se le explicará cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J en la página 227.

Si la decisión de cobertura es negativa, ¿cómo me enteraré?

Si la respuesta es **negativa**, le enviaremos una carta en la que le indicaremos las causas para la respuesta **negativa**.

- Si **rechazamos** su solicitud, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación implica solicitarnos que revisemos nuestra decisión de negarle la cobertura.

- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la próxima sección para obtener más información).

E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y que la modifiquemos si considera que cometimos un error. Si usted o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

En la mayoría de los casos, debe iniciar la apelación en el Nivel 1. Si no desea apelar primero al plan por un servicio de Medi-Cal, si su problema médico es urgente o implica una amenaza grave e inminente a su salud, o si siente un dolor agudo y necesita una decisión inmediata, puede solicitar una Revisión médica independiente del Departamento de Atención Médica Administrada en www.dmhc.ca.gov. Consulte la página 192 para obtener más información. Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede comunicarse con el Programa Cal MediConnect Ombuds al 1-855-501-3077. El Programa Cal MediConnect Ombuds no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o planes de salud.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviarla por correo o fax. También puede solicitarnos una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando (consulte la página 189).
- Si apela porque le comunicamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o suspenderá, **tiene menos días para realizar la apelación** si desea continuar recibiendo ese servicio mientras su apelación se encuentra en proceso (consulte la página 192).
- Continúe leyendo esta sección para conocer qué plazo se aplica a su apelación.

¿Qué es una apelación de Nivel 1?

Una apelación de Nivel 1 es la primera apelación que puede presentar ante nuestro plan. Revisaremos nuestra decisión de cobertura para determinar si es correcta. El revisor será alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión por escrito.

Si, después de nuestra revisión, le comunicamos que el servicio o artículo no está cubierto, su caso puede pasar a una apelación de Nivel 2.

¿Cómo puedo presentar una apelación de Nivel 1?

- Para iniciar la apelación, usted, su médico u otro proveedor o su representante deben ponerse en contacto con nosotros. Puede llamarnos al 1-855-905-3825 (TTY: 711). Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros por las apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Puede pedirnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
- Puede enviar una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

  Blue Shield of California Promise Health Plan
  Member Appeals and Grievances
  601 Potrero Grande Drive
  Monterey Park, CA 91755

  - También puede enviarnos la solicitud en línea en: www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect
  - También puede solicitar una apelación llamando al 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días calendario a partir de la recepción de su apelación para notificarle que la hemos recibido.

El término legal para una "apelación rápida" es **"reconsideración acelerada".**

¿Puede otra persona presentar la apelación por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden presentar la apelación por usted. Una persona que no sea su médico u otro proveedor también puede presentar la apelación por usted, pero primero usted debe completar un formulario de Designación de representante. El formulario le otorga a la otra persona el permiso para que actúe en su nombre.

Para obtener un formulario de Designación de representante, llame a Atención al Cliente y solicite uno o visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.

Si otra persona que no sea usted, su médico u otro proveedor realiza la apelación, debemos recibir el formulario de Designación de representante completo antes de que podamos revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para notificarle nuestra decisión.

Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para no haberlo hecho, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Estos son algunos ejemplos de buenas razones: tuvo una enfermedad grave o le dimos información incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación. Debe explicar la razón por la que su apelación está atrasada cuando la presente.

NOTA: Si apela porque le comunicamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o suspenderá, **tiene menos días para realizar la apelación** si desea continuar recibiendo ese

servicio mientras se procesa su apelación. Lea "¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 1?" en la página 192 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia del archivo de mi caso?

Sí. Para solicitarnos una copia gratuita, llame a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY: 711).

¿Mi médico puede darles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión de apelación?

Hacemos una revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Luego, verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. El revisor será alguien que no haya tomado la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos pedírsela a usted o su médico.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de apelación "estándar"?

Debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación (o en un plazo de 7 días calendario después de haber recibido su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare). Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 30 días calendario (o en un plazo de 7 días calendario después de haber recibido su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare), automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Cuando esto suceda, se lo notificaremos.

- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, deberá presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 192.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o brindarle la cobertura en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido la apelación (o en un plazo de 7 días calendario después de haber recibido su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare).

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta que le enviemos se le informará que hemos enviado su caso a la Entidad de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, en la carta se le indicará

cómo debe presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 192.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de apelación "rápida"?

Si solicita una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 72 horas, automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Cuando esto suceda, se lo notificaremos.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, deberá presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 192.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta que le enviemos se le informará que hemos enviado su caso a la Entidad de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, en la carta se le indicará cómo debe presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 192.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 1?

Si decidimos modificar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que anteriormente estaban aprobados, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida. Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una apelación de Nivel 1 y solicitar que continuemos sus beneficios para el servicio o artículo. Usted debe **realizar la solicitud en las fechas que se indican a continuación o antes, lo que suceda último**, a fin de continuar con sus beneficios:

- en el plazo de los 10 días desde la fecha de envío del aviso o de la medida; **o**
- la fecha propuesta de entrada en vigor de la medida.

Si cumple con este plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo que son motivo de la disputa mientras se procesa su apelación.

E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

Si el plan rechaza la apelación de Nivel 1, ¿qué sucede después?

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En la carta se le informará si Medicare o Medi-Cal suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si el problema se relaciona con un servicio o artículo de **Medicare**, su caso se enviará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como finalice la apelación de Nivel 1.
- Si el problema se relaciona con un servicio o artículo de **Medi-Cal**, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. La carta le indicará cómo hacerlo. Más adelante se incluye información.

¿Qué es una apelación de Nivel 2?

La apelación de Nivel 2 es la segunda apelación, realizada por una organización independiente que no está relacionada con nuestro plan.

Mi problema se relaciona con un servicio o artículo de Medi-Cal. ¿Cómo puedo presentar una apelación de Nivel 2?

Existen dos formas de presentar una apelación de Nivel 2 para los servicios y artículos de Medi-Cal: (1) presentación de un reclamo o una solicitud para una revisión médica independiente o (2) audiencia estatal.

(1) Revisión médica independiente

Puede presentar un reclamo o solicitar una Revisión médica independiente (IMR) al Centro de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California. Al presentar un reclamo, el DMHC revisará nuestra decisión y tomará una determinación. 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 ni del DMHC. Si la IMR es a su favor, debemos brindarle el servicio o artículo que solicitó. La IMR no tiene ningún costo para usted.

Puede presentar un reclamo o solicitar una IMR en caso de que nuestro plan haga lo siguiente:

- Niegue, cambie o retrase un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque nuestro plan determina que no es médicamente necesario.
- No cubra un tratamiento experimental o de investigación de Medi-Cal para una afección médica grave.
- No pague por servicios de emergencia o urgencia de Medi-Cal que usted ya recibió.
- No ha resuelto su apelación de Nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal dentro de los 30 días calendario para una apelación estándar o dentro de las 72 horas para una apelación rápida.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación por usted, pero no recibimos su formulario de Designación de representante, deberá volver a presentar su apelación ante nosotros antes de poder presentar una IMR de Nivel 2 con el Departamento de Atención Médica Administrada.

Tiene derecho a una IMR y a una audiencia estatal, pero no si ya tuvo una audiencia estatal sobre el mismo tema.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros, previo a solicitar una IMR. Consulte la página 189 para obtener información sobre nuestro proceso de apelaciones de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar un reclamo ante el DMHC o solicitar una IMR al Centro de ayuda del DMHC.

Si se le negó el tratamiento porque era experimental o de investigación, no tiene que completar nuestro proceso de apelaciones antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o implica una amenaza grave e inminente a su salud, o si siente un dolor agudo, puede informar inmediatamente al DMHC sin necesidad de pasar primero por nuestro proceso de apelaciones.

Debe **solicitar una IMR en el plazo de 6 meses** luego de que enviemos una respuesta por escrito respecto a su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de los 6 meses por una buena causa, como una afección médica que no le permita solicitar una IMR en el plazo de 6 meses o si no recibe un aviso adecuado de parte nuestra sobre el proceso de la IMR.

Para solicitar una IMR haga lo siguiente:

- Llene el Formulario de reclamo/solicitud para una revisión médica independiente, que se encuentra disponible en: www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx, o bien, puede llamar al Centro de ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-877-688-9891.
- Si tiene copias de las cartas u otra documentación acerca del servicio o artículo que se denegó, adjúntelas. Esto puede acelerar el proceso de la IMR. Envíe copias de los documentos, no los originales. El Centro de ayuda no puede devolverle los documentos.
- Llene el Formulario de asistente autorizado si está recibiendo la ayuda de otra persona en relación con la IMR. Puede obtener el formulario en:www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llamar al Centro de ayuda del departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe su formulario y cualquier documento adjunto por correo o fax a la siguiente dirección:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

Si usted cumple con los requisitos, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en el plazo de 7 días calendario en la que se le informará si cumple con los requisitos para una IMR. Después de que se reciben su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión sobre la IMR se tomará dentro de un plazo de 30 días calendario. Debería recibir la decisión sobre la IMR en el plazo de 45 días calendario a partir del envío de la solicitud completa.

Si su caso es urgente y usted cumple con los requisitos, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en el plazo de 2 días calendario en la que se le informará si cumple con los requisitos para una IMR. Después de que se reciben su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión sobre la IMR se tomará dentro de un plazo de 3 días calendario. Debería recibir la decisión sobre la IMR en el plazo de 7 días calendario a partir del envío de la solicitud completa. Si usted no está de acuerdo con el resultado de la IMR, puede solicitar una audiencia estatal.

Una IMR puede llevar más tiempo si el DMHC no recibe todos los registros médicos necesarios de usted o del médico que trata su enfermedad. Si consulta a un médico que no está en la red de servicios de su plan de salud, es importante que obtenga y nos envíe sus registros médicos de ese médico. Su plan de salud debe obtener copias de sus registros médicos de los médicos que están en la red de servicios.

Si el DMHC decide que su caso no reúne los requisitos para una IMR, revisará su caso mediante el proceso regular de reclamos de consumidores. Su reclamo deberá resolverse en el plazo de 30 días calendario a partir del envío de la solicitud completa. Si su reclamo es urgente, se resolverá más rápido.

(2) Audiencia estatal

Puede solicitar una audiencia estatal en cualquier momento respecto de los servicios y los artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio o artículo que no aprobaremos, o dejamos de pagar por un servicio o artículo que ya tiene, y rechazamos su apelación de Nivel 1, usted tiene derecho a solicitar una Audiencia estatal.

En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una audiencia estatal** después de que se le envíe el aviso “Your Hearing Rights” (Sus derechos de audiencia).

NOTA: Si solicita una audiencia estatal porque le comunicamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o suspenderá, **tiene menos días para enviar su solicitud** si desea continuar recibiendo ese servicio mientras su audiencia estatal está pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 2?” en la página 181 para obtener más información.

Existen dos formas de solicitar una audiencia estatal:

1. Puede completar la “Solicitud de una audiencia estatal” que se encuentra en el reverso del aviso de la medida. Debe brindar toda la información solicitada, como su nombre completo, su dirección, su número de teléfono, el nombre del plan o el condado que inició la acción en su contra, los programas de asistencia implicados y los detalles del motivo por el que desea una audiencia. Luego, puede presentar la solicitud de una de las siguientes maneras:

- Ante el departamento de bienestar del condado a la dirección que figura en el aviso.
- Ante el Departamento de Servicios Sociales Públicos de California:

  State Hearings Division
  P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
  Sacramento, California 94244-2430

- Ante la División de audiencias estatales al número de fax 916-651-5210 o al 916-651-2789.

2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349. Si decide solicitar una audiencia estatal por teléfono, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas pueden estar muy ocupadas.

Mi problema se relaciona con un servicio o artículo de Medicare. ¿Qué sucederá en la apelación de Nivel 2?

Una Entidad de revisión independiente (IRE) realizará una revisión cuidadosa de la decisión de Nivel 1 y decidirá si debe cambiarse.

- No es necesario solicitar la apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente todo rechazo (parcial o total) a la IRE. Cuando esto suceda, se lo notificaremos.
- La IRE es contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Para solicitar una copia de su archivo, llame a 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 IRE debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en el plazo de los 30 días calendario posteriores a haber recibido su apelación (o en el plazo de los 7 días calendario posteriores a haber recibido su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare). Esta norma se aplica si usted envió su apelación antes de recibir los artículos o servicios médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarle, puede tomar hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo notificarán por carta. La IRE no puede dedicar más tiempo a tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una “apelación rápida” en el Nivel 1, se le concederá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarle, puede tomar hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales

para tomar una decisión, se lo notificarán por carta. La IRE no puede dedicar más tiempo a tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 2?

Si su problema se relaciona con un servicio o artículo cubierto por Medicare, sus beneficios por dicho servicio o artículo no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la Entidad de revisión independiente.

Si su problema se relaciona con un servicio o artículo cubiertos por Medi-Cal y solicita una Audiencia estatal, los beneficios de Medi-Cal respecto de ese servicio o artículo pueden continuar hasta que se tome una decisión de cobertura. Debe solicitar una audiencia **en las fechas que se indican a continuación o antes, lo que suceda último**, a fin de continuar sus beneficios:

- en el plazo de los 10 días desde la fecha de envío del aviso que indica que la determinación adversa de beneficios (decisión de apelación de Nivel 1) se sostiene; **o**
- la fecha propuesta de entrada en vigor de la medida.

Si cumple con este plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo que son motivo de la disputa hasta que se tome la decisión con respecto a la audiencia.

¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su apelación de Nivel 2 se trató de una Revisión médica independiente, el Departamento de Atención Médica Administrada le enviará una carta en la que le explique la decisión que tomaron los médicos que revisaron su caso.

- Si la decisión de la Revisión médica independiente **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindar el servicio o tratamiento.
- Si la decisión de la Revisión médica independiente **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Aun así, puede solicitar una audiencia estatal. Consulte la página 179 para obtener información acerca de cómo solicitar una Audiencia estatal.

Si la apelación de Nivel 2 fue una audiencia estatal, el Departamento de Servicios Sociales de California le enviará una carta en la que se explique la decisión tomada.

- Si la decisión de audiencia estatal **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos respetar la decisión. Debemos cumplir con las acciones descritas dentro de los 30 días calendario de haber recibido una copia de la decisión.
- Si la decisión de la audiencia estatal **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Es posible que detengamos la continuación de los beneficios que recibe.

Si su apelación de Nivel 2 pasó a la Entidad de revisión independiente (IRE) de Medicare, esta le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o brindarle el servicio o artículo dentro de los 14 días calendario a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la IRE. Si realizó una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo en un plazo de 72 horas desde la fecha que recibimos la decisión de la IRE.

- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o brindarle el medicamento recetado de la Parte B de Medicare en un plazo de 72 horas después de haber recibido la decisión de la IRE. Si realizó una apelación rápida, debemos autorizar o brindarle el medicamento recetado de la Parte B de Medicare en un plazo de 24 horas desde la fecha que recibimos la decisión de la IRE.

- Si la IRE **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si se rechaza parte o la totalidad de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su apelación de Nivel 2 fue una Revisión médica independiente, puede solicitar una audiencia estatal. Consulte la página 179 para obtener información acerca de cómo solicitar una Audiencia estatal.

Si su apelación de Nivel 2 fue una audiencia estatal, puede solicitar una nueva apelación dentro de los 30 días posteriores a recibir la decisión. También puede solicitar una revisión judicial de una denegación de la Audiencia estatal presentando una petición al Tribunal Superior (en virtud de la Sección 1094.5 del Código de Procedimiento Civil) dentro del año de recibida la decisión. No puede solicitar una IMR si ya tuvo una audiencia estatal sobre el mismo tema.

Si su apelación de Nivel 2 se transfirió a la Entidad de revisión independiente de Medicare (IRE), puede presentar una nueva apelación solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un cierto monto mínimo. En la carta que reciba de la IRE, se le explicarán otros derechos de apelación que puede tener.

Consulte la Sección I en la página 226 para obtener más información sobre los niveles de apelación adicionales.

E5. Problemas con pagos

No permitimos que nuestros proveedores de la red de servicios le facturen servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubiertos. Usted nunca debe pagar el saldo de una factura. El único monto que se le debe solicitar que pague es el copago por los medicamentos recetados de marca y genéricos.

Si recibe una factura que sea superior a su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.

Para obtener más información, comience por leer el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió en concepto de servicios o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

¿Puedo solicitarles que me reembolsen su parte de los costos por un servicio o artículo que pagué?

Recuerde que, si recibe una factura que sea superior a su copago por servicios y artículos cubiertos, no debe pagar la factura. Pero, si efectivamente abona la factura, puede obtener un reembolso si respetó las normas para recibir los servicios y artículos.

Si solicita un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Nosotros comprobaremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto y si cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó tienen cobertura y usted respetó todas las normas, le enviaremos a su proveedor la parte que nos corresponde del costo del servicio o artículo en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si aún no ha pagado por el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no están cubiertos, o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o artículo y explicaremos el motivo.

¿Qué sucede si decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección E3 en la página 189. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación.
- Si nos solicita reembolsarle un servicio o artículo que ya ha recibido y pagado usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suelen estar cubiertos por Medicare, automáticamente enviaremos su caso a la Entidad de revisión independiente (IRE). Si esto sucede, se lo notificaremos por carta.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si **aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

- Si la IRE **rechaza** su apelación, eso implica que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En la carta que reciba, se le explicarán otros derechos de apelación que puede tener. Usted puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un cierto monto mínimo. Consulte la Sección I en la página 226 para obtener más información sobre los niveles de apelación adicionales.

Si **rechazamos** su apelación y Medi-Cal suele cubrir el servicio o artículo, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta (consulte la Sección E4 en la página 192).

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le rembolsemos por un medicamento de la Parte D

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que es posible que Medi-Cal cubra. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos que tienen la sigla “NPD”. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre los medicamentos que tienen el símbolo “NPD” siguen el proceso de la Sección E en la página 185.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos recetados de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Solicita que hagamos una excepción, como:
  - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos del plan.
  - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).

- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).

NOTA: Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse, usted obtendrá un aviso en el que se explica cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

- Nos pide que paguemos por un medicamento recetado que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre un pago.

> **El término legal** para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es **"determinación de cobertura".**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura **y** cómo solicitar una apelación.

Utilice el cuadro que aparece debajo para ayudarlo a decidir qué sección tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita?	¿Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya recibió y pagó?	¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos?
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.**	**Puede pedirnos un reembolso.** (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede presentar una apelación.** (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión).
Comience con la **Sección F2** en la página 203. También consulte las Secciones F3 y F4 en las páginas 204 y 205.	Vaya a la **Sección F4** en la página 204.	Vaya a la **Sección F4** en la página 204.	Vaya a la **Sección F5** en la página 208.

F2. Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está en nuestra Lista de medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones. Si un medicamento no figura en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto en la forma en que desearía que estuviera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando solicita una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.
   - Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar el costo compartido que se aplique al Nivel 3 para los medicamentos de marca o al Nivel 2 para los medicamentos genéricos.
   - No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.
2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura. Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte la Sección C del Capítulo 5).
   - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
     - Que se obtenga la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).
     - Que se exija probar primero otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
     - Límites de cantidad. Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos.
   - Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, aún puede pedirnos una excepción en el monto del copago que le pediremos que pague por el medicamento.

> **El término legal** para pedir que se elimine una restricción de cobertura para un medicamento a veces se denomina solicitar una **“excepción al formulario”.**

F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si incluye esta información de su médico o la persona autorizada a dar recetas cuando solicite la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Se los llama medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción.

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de una excepción

- Si **aceptamos** su solicitud de una excepción, la excepción normalmente dura hasta el final del año calendario. Será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.

- Si **rechazamos** su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección F5 en la página 208 le indica cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llame, escriba o envíenos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. Puede llamarnos al 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Usted, su médico (o la persona autorizada a dar recetas) u otra persona que actúe en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Lea la Sección D en la página 182 para conocer cómo puede darle permiso a alguien para que actúe como su representante.
- No es necesario que les otorgue permiso por escrito a su médico o a la persona autorizada a dar recetas para que soliciten una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el Capítulo 7 de esta guía. En el Capítulo 7, se explican los casos en los que es posible que deba solicitar un reembolso. También se indica cómo enviarnos la documentación necesaria para solicitar que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”. Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento. A esto le llamamos “declaración de respaldo”.
- Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O bien, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y después enviar una declaración por fax o correo.

En resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pago

Llame, escriba o envíe un fax para solicitar la decisión o pídale a su representante, médico o a la persona autorizada a dar recetas que la solicite. Le daremos la respuesta a una decisión estándar de cobertura en un plazo de 72 horas. Le daremos la respuesta al reembolso por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico o la persona autorizada a dar recetas.
- Usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedir una decisión rápida. (Normalmente, recibimos las decisiones rápidas en un plazo de 24 horas).
- Lea esta sección para asegurarse de cumplir con los requisitos para una decisión rápida. Léala también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura".

Usaremos los "plazos estándar", a menos que hayamos aceptado usar los "plazos rápidos".

- Una **decisión estándar de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.

> **El término legal** para una "decisión rápida de cobertura" es **"determinación de cobertura acelerada".**

Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura solo si su pedido hace referencia a un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).

Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura solo si la vía de plazos estándares podría poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.

Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura y se lo informaremos en la carta.

- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si le otorgaremos una decisión rápida de cobertura.
- Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, usaremos los plazos estándares en su lugar.
    - Le enviaremos una carta para comunicarle al respecto. En la carta, se le comunicará cómo presentar un reclamo sobre nuestra decisión de tomar una decisión estándar.
    - Puede presentar un "reclamo rápido" y obtener una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J en la página 227.

Plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. O bien, si solicita una excepción, en un plazo de 24 horas después de haber recibido la

declaración de su médico o la persona autorizada a dar recetas que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.

- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibimos su solicitud o la declaración del médico o de la persona autorizada a dar recetas que justifique su solicitud.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que se solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explique por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una "decisión estándar de cobertura" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Cuando utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud. O bien, si solicita una excepción, en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico o la persona autorizada a dar recetas que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o darle la cobertura en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibimos su solicitud o, si solicita una excepción, la declaración del médico o de la persona autorizada a dar recetas que justifique su solicitud.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que se solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explique por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una "decisión estándar de cobertura" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.

- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le pagaremos en un plazo de 14 días calendario.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que se solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explique por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar la apelación, usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas o su representante deben ponerse en contacto con nosotros.
- Si solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamando al 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Si quiere una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso que le enviamos para notificarle nuestra decisión. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para no haberlo hecho, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, una buena causa para haber perdido la fecha límite puede ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY: 711).

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas, o su representante, pueden presentar su solicitud por escrito y enviarla por correo o fax. También puede solicitarnos una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- Lea esta sección para asegurarse de cumplir con los requisitos para una decisión rápida. Léala también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

> **El término legal** para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es **"redeterminación"** del plan.

Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una "apelación rápida".

- Si va a apelar una decisión tomada por nuestro plan acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura" que aparecen en la Sección F4 en la página 205.

> **El término legal** para una "apelación rápida" es **"redeterminación acelerada".**

Nuestro plan revisará su apelación y le comunicará nuestra decisión

- Hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información. El revisor será alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de haber recibido su apelación o antes si su estado de

salud así lo requiere, excepto si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su apelación. Si considera que su salud lo requiere, debería solicitar una “apelación rápida”.

- Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, o 14 días calendario si usted solicitó que le reembolsemos un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó:
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más allá de los 7 días calendario después de recibida su apelación o 14 días calendario si usted solicitó que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se explica por qué **rechazamos** su solicitud y describe cómo puede apelar nuestra decisión.

F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación, puede optar por aceptar esta decisión o presentar otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión de la apelación de Nivel 1, se explicará cómo solicitar la apelación de Nivel 2.
- Cuando presente una apelación a la IRE, les enviaremos el archivo de su caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso y, para ello, debe llamar a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la IRE información adicional para respaldar su apelación.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si desea que la Entidad de revisión independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas, o su representante pueden solicitar la apelación de Nivel 2.
- Lea esta sección para asegurarse de cumplir con los requisitos para una decisión rápida. Léala también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

- La IRE es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que se le explicará su decisión.

El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es **“redeterminación”** del plan.

Plazos para una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Entidad de revisión independiente (IRE).
- Si la IRE acepta darle una “apelación rápida”, debe responder su apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud de apelación.

- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura para el medicamento en un plazo de 24 horas después de haber recibido la decisión.

Plazos para una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días calendario después de recibir su apelación o 14 días calendario si usted solicitó que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura para el medicamento en un plazo de 72 horas después de haber recibido la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibida la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de revisión independiente rechaza su apelación de Nivel 2?

El **rechazo** significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación".

Si desea pasar al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicite deben alcanzar un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de Nivel 3. En la carta que reciba de la IRE, se le indicará el valor en dólares que necesita para continuar con el proceso de apelaciones.

G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada

Cuando lo ingresan en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar cualquier tipo de atención que pueda necesitar cuando deje el hospital.

- El día en que se va del hospital es la "fecha del alta".
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha del alta.

Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo solicitarla.

G1. Conozca sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días después de haber ingresado al hospital, un asistente social o una enfermera le entregarán “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a 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. También puede llamar 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.

Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. El “mensaje importante” le brinda información sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos los siguientes:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Formar parte de las decisiones sobre la duración de su hospitalización.
- Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si considera que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma del aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha del alta que le podrían haber informado su médico o el personal del hospital.

Guarde la copia del aviso firmado para que tenga la información en caso de necesitarla.

- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a 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. También puede llamar 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. La llamada es gratuita.
- También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si necesita ayuda, llame a Atención al Cliente o a Medicare a los números antes mencionados.

G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante un tiempo más prolongado, debe solicitar una apelación. La Organización para la mejora de la calidad realizará la revisión de la apelación de Nivel 1 para comprobar si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta BFCC-QIO.

A fin de presentar una apelación para cambiar la fecha del alta, llame a Livanta BFCC-QIO al: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para la mejora de la calidad **antes** de retirarse del hospital y no después de su fecha prevista del alta. “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información sobre cómo contactarse con la Organización para la mejora de la calidad.

- **Si llama antes de retirarse,** se lo autorizará a permanecer en el hospital después de la fecha prevista del alta sin que deba pagar por ello, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad.
- **Si no llama para presentar una apelación** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, es posible que deba pagar todos los costos correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de dejar el hospital y antes de su fecha prevista del alta.

- **Si se vence el plazo** para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Consulte la Sección G4 en la página 217, para obtener más detalles.
- Debido a que las hospitalizaciones están cubiertas por Medicare y Medi-Cal, si la Organización para la mejora de la calidad no acepta su solicitud de prolongar su hospitalización, o si usted cree que la situación es urgente, implica una amenaza grave e inminente a su salud, o si siente un dolor agudo, también puede presentar un reclamo ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California o solicitarle una Revisión médica independiente. Consulte la Sección E4 en la página 193 para saber cómo presentar un reclamo o solicitarle una Revisión médica independiente al DMHC.

Queremos asegurarnos de que comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY: 711). También puede llamar al Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) al 1-800-434-0222. O bien, puede llamar al Programa Cal MediConnect Ombuds al 1-855-501-3077.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

Solicite una "revisión rápida"

Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que efectúe una **"revisión rápida"** del alta. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use plazos rápidos para una apelación en lugar de los plazos estándares.

> **El término legal** para una "revisión rápida" es **"revisión inmediata".**

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura después de la fecha prevista del alta. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores consultarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá una carta en la que se indicará su fecha prevista del alta. En la carta, se explicarán las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado que reciba el alta en esa fecha.

> **El término legal** para la explicación por escrito es **"Aviso detallado del alta".** Puede obtener una muestra llamando a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY: 711). También puede llamar 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. O bien, puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

¿Qué sucede si aceptan su apelación?

- Si la Organización para la mejora de la calidad **acepta** su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si rechazan su apelación?

- Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda,

nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que deba pagar para continuar su hospitalización. El costo de la atención hospitalaria que posiblemente deba pagar comienza al mediodía del día después que la Organización para la mejora de la calidad le comunique su respuesta.
- Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2, según se describe en la siguiente sección.

G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Deberá ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta BFCC-QIO. Puede comunicarse con Livanta BFCC-QIO al: **1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).**

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario de haber recibido la solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad tomarán una decisión.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) y solicite otra revisión.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de su primera decisión de apelación. Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la rechazan?

Significa que la Organización para la mejora de la calidad está de acuerdo con la decisión del Nivel 1 y no la cambiará. En la carta que reciba se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

También podría presentar un reclamo ante el DMHC o solicitarle una Revisión médica independiente para prolongar su hospitalización. Consulte la Sección E4 en la página 193 para saber cómo presentar un reclamo ante el DMHC o solicitarle una Revisión médica independiente.

G4. Qué sucede si se vence el plazo de la apelación

Si se vencen los plazos de apelación, existe otra manera de presentar apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, llamadas apelaciones alternativas. No obstante, los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Apelación alternativa de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (que es en el plazo de los 60 días o antes de la fecha prevista del alta, lo que ocurra primero), puede presentarnos directamente la apelación solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y cumplía con todas las normas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión. Esto significa que le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de su solicitud de una “revisión rápida”.

En resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame al número de Atención al Cliente y solicite una “revisión rápida” de su fecha del alta del hospital.

Le informaremos nuestra decisión en el plazo de las 72 horas.

- **Si aceptamos su revisión rápida,** significa que estamos de acuerdo en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios mientras sigan siendo médicamente necesarios.

- También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
  - Si permaneció en el hospital después de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.
- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la Entidad de revisión independiente. Al hacer esto, significa que su caso va automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para "revisión rápida" o "apelación rápida" es **"apelación acelerada".**

Apelación alternativa de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Enviaremos la información de su apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) en un plazo de 24 horas después de haberle informado nuestra decisión de Nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. La Sección J en la página 227 le indica cómo presentar un reclamo.

Durante la apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos al **rechazar** su "revisión rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

En resumen*: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 2*

No es necesario que haga nada. El plan enviará su apelación automáticamente a la Entidad de revisión independiente.

- La IRE realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores suelen darle una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- Si la IRE **acepta** su apelación, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta.

Debemos seguir brindando nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
- En la carta que reciba de la IRE, se explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que maneja un juez.

También puede presentar un reclamo ante el DMHC o solicitarle una Revisión médica independiente para prolongar su hospitalización. Consulte la Sección E4 en la página 193 para saber cómo presentar un reclamo ante el DMHC o solicitarle una Revisión médica independiente. Puede solicitar una Revisión médica independiente además de una apelación de Nivel 3 o en lugar de esta.

H. Qué debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto

Esta sección hace referencia solo a los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica a domicilio.
- Atención de enfermería especializada brindada en un centro de atención de enfermería especializada.
- Atención de rehabilitación que está recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante.
    - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos mientras que el médico indique que los necesita.
    - Cuando decidamos dejar de cubrir alguno de estos servicios, debemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando finalice su cobertura para esa atención, dejaremos de pagar su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

H1. Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. También se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”. En el aviso por escrito se indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Cuando finalice su cobertura, dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.

H2. Apelación de Nivel 1 para prolongar su atención

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de empezar su apelación, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección J en la página 227 le indica cómo presentar un reclamo).
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY: 711). O bien, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud al 1-877-839-2675.

Durante una apelación de Nivel 1, una Organización para la mejora de la calidad revisará su apelación y determinará si debe cambiar la decisión que tomamos. En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta BFCC-QIO. Puede comunicarse con Livanta BFCC-QIO al: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). La información sobre cómo presentar una apelación a la Organización para la mejora de la calidad también se incluye en el “Aviso de no cobertura de Medicare”. Es el aviso que recibió cuando le comunicaron que dejaríamos de cubrir su atención.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) y solicite una “apelación de vía rápida”.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda su atención y antes de su fecha prevista del alta.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

¿Qué debe pedir?

Pídales una “apelación de vía rápida”. Es una revisión independiente respecto a si es médicamente adecuado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios.

¿Cuál es su plazo para ponerse en contacto con esta organización?

- Debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito en el que se le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección H4 en la página 224.
- Si la Organización para la mejora de la calidad no acepta su solicitud de prolongar la cobertura de sus servicios de atención médica, o si usted cree que la situación es urgente, implica una amenaza grave e inminente a su salud, o si siente un dolor agudo, puede presentar un reclamo ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California y solicitarle una Revisión médica independiente. Consulte la Sección E4 en la página 193 para saber cómo presentar un reclamo ante el DMHC o solicitarle una Revisión médica independiente.

El término legal para el aviso por escrito es **“Aviso de no cobertura de Medicare”.** Para obtener una muestra de este aviso, llame a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY: 711) o 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. O puede ver una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para la mejora de la calidad?

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Cuando solicite una apelación, el plan debe enviarles una carta a usted y a la Organización para la mejora de la calidad en la que explique por qué debe cancelar sus servicios.

- Los revisores también revisarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- **Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.** Recibirá una carta en la que se explicará la decisión.

> **El término legal** para la carta en la que se explica por qué sus servicios deben finalizar es **"Explicación detallada de no cobertura".**

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado. Dejaremos de pagar la parte de los costos de esta atención.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en la que finaliza su cobertura, usted deberá pagar el costo total de esta atención.

H3. Apelación de Nivel 2 para prolongar su atención

Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación **y** usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura para la atención ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Durante la apelación de Nivel 2, la Organización para la mejora de la calidad revisará nuevamente la decisión que se tomó en el Nivel 1. Si aceptan su decisión de Nivel 1, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, los servicios de atención en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en la que le informamos que terminaría su cobertura.

En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta BFCC-QIO. Puede comunicarse con Livanta BFCC-QIO al: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitarle al plan que cubra su atención durante un período más prolongado

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) y solicite otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda su atención y antes de su fecha prevista del alta.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para la mejora de la calidad tomará su decisión en un plazo de 14 días calendario de recibida su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos seguir brindándole cobertura por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En la carta que recibirá, se le explicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que maneja un juez.
- Puede presentar un reclamo ante el DMHC y solicitarle una Revisión médica independiente para prolongar la cobertura de sus servicios de atención médica. Consulte la Sección E4 en la página 193 para saber cómo solicitarle una Revisión médica independiente al DMHC. Puede presentar un reclamo ante el DMHC y solicitarle una Revisión médica independiente además de una apelación de Nivel 3 o en lugar de esta.

H4. Qué sucede si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1

Si se vencen los plazos de apelación, existe otra manera de presentar apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, llamadas apelaciones alternativas. No obstante, los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Apelación de Nivel 1 alternativa para continuar con su atención durante un período más prolongado

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su atención médica a domicilio, su atención en un centro de atención de enfermería especializada o la atención que recibe en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). Comprobamos si la decisión sobre cuándo se deberían cancelar los servicios fue justa y cumplía con todas las normas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión. Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de su solicitud de una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que hemos aceptado seguir cubriendo los servicios mientras sean médicamente necesarios.
- También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si rechazamos** su solicitud de revisión rápida, estamos diciendo que la cancelación de sus servicios era médicamente apropiada. Nuestra cobertura finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.

En resumen*: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1*

Llame al número de Atención al Cliente y solicite una “revisión rápida”.

Le informaremos nuestra decisión en el plazo de las 72 horas.

Si continúa recibiendo servicios después del día en que le informamos que se cancelarían, **es posible que deba pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente”. Al hacer esto, significa que su caso va automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es **“apelación acelerada”.**

Apelación de Nivel 2 alternativa para continuar con su atención durante un período más prolongado

Enviaremos la información de su apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) en un plazo de 24 horas después de haberle informado nuestra decisión de Nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. La Sección J en la página 227 le indica cómo presentar un reclamo.

Durante la apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos al **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitarle al plan que continúe con su atención

No es necesario que haga nada. El plan enviará su apelación automáticamente a la Entidad de revisión independiente.

- La IRE realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores suelen darle una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE acepta** su apelación, debemos reembolsarle nuestra parte del costo de la atención. También debemos seguir brindando nuestra cobertura para sus servicios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- **Si la IRE rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la cancelación de la cobertura de los servicios era médicamente apropiada.

En la carta que reciba de la IRE, se explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que la maneja un juez.

También puede presentar un reclamo ante el DMHC y solicitarle una Revisión médica independiente para continuar la cobertura de sus servicios de atención médica. Consulte la Sección E4 en la página 193 para saber cómo solicitarle una Revisión médica independiente al DMHC. Puede presentar un reclamo y solicitar una Revisión médica independiente además de una apelación de Nivel 3 o en lugar de esta.

I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

I1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2 para los servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones se rechazaron, tiene derecho a acceder a niveles adicionales de apelación. En la carta que reciba de la Entidad de revisión independiente, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un Juez Administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en la apelación de Nivel 3 es un juez administrativo o abogado mediador. Si quiere que un juez administrativo o un abogado mediador revise su caso, el artículo o servicio médico que solicita debe alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedirle a un juez administrativo o un abogado mediador que se ocupe de su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del juez administrativo o abogado mediador, puede recurrir al Consejo de apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que tenga derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, póngase en contacto con el Programa Cal MediConnect Ombuds al 1-855-501-3077.

I2. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medi-Cal

También puede tener más derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que podrían estar cubiertos por Medi-Cal. Si no está de acuerdo con la decisión de la Audiencia estatal y quiere que otro juez la revise, puede solicitar una nueva audiencia o pedir una revisión judicial.

Para pedir una nueva audiencia, envíe por correo una solicitud por escrito (una carta) a la siguiente dirección:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Esta carta se debe enviar en un plazo de 30 días a partir del momento en que recibe la decisión. Este plazo puede extenderse hasta 180 días si tiene una razón justificada por no haber cumplido con la fecha.

En la solicitud de una nueva audiencia, mencione la fecha en que recibió su decisión y por qué se le debería otorgar una nueva audiencia. Si desea presentar evidencia adicional, describa la evidencia adicional y explique por qué no se presentó antes y cómo cambiaría la decisión. Puede comunicarse con servicios legales para obtener ayuda.

Para solicitar una revisión judicial, debe presentar una petición ante el Tribunal supremo (según la Sección 1094.5 del Código de Procedimiento Civil) en el plazo de un año después de haber recibido la decisión. Presente su petición en el Tribunal supremo correspondiente al condado que se menciona en su decisión. Puede presentar esta petición sin solicitar una nueva audiencia. No se

requieren honorarios de presentación. Puede tener derecho a honorarios y costos razonables del abogado si el Tribunal emite una decisión a su favor.

Si se realizó una nueva audiencia y usted no está de acuerdo con la decisión tomada en dicha audiencia, puede solicitar una revisión judicial, pero no puede solicitar una nueva audiencia.

J. Cómo presentar un reclamo

J1. Sobre qué tipos de problemas deben ser los reclamos

El proceso de reclamos se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

Reclamos sobre la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

Reclamos sobre la privacidad

- Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial.

Reclamos sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención médica o el personal fue descortés o le faltó el respeto.
- El personal de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan lo trató mal.
- Cree que lo están presionando para que deje el plan.

Reclamos sobre la accesibilidad física

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención médica y a los centros en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le ofrece una adaptación razonable a sus necesidades, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

Reclamos sobre los tiempos de espera

- Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla.

En resumen*: Cómo presentar un reclamo*

Puede presentar un reclamo interno ante nuestro plan o un reclamo externo ante una organización que no esté vinculada a nuestro plan.

Para realizar un reclamo interno, llame a Atención al Cliente o envíenos una carta.

Existen diversas organizaciones que manejan los reclamos externos. Para obtener más información, consulte la Sección J3 en la página 30.

- Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de atención médica o a Atención al Cliente u otro personal del plan.

Reclamos sobre la limpieza

- Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Reclamos sobre el acceso en otros idiomas

- Su médico o proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Considera que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Considera que la información por escrito que le enviamos es muy difícil de comprender.

Reclamos sobre lo oportuno de las medidas relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones

- Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Usted considera que, después de brindarle una cobertura o una decisión de apelación a su favor, no estamos cumpliendo los plazos para aprobar o brindar el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos.
- Usted considera que no enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente a tiempo.

> **El término legal** para un “reclamo” es una **“queja”.**
>
> **El término legal** para “presentar un reclamo” es **“interponer una queja”.**

¿Existen diferentes tipos de reclamos?

Sí. Puede presentar un reclamo interno o un reclamo externo. Los reclamos internos se realizan ante nuestro plan y este los revisa. Los reclamos externos se presentan ante una organización no vinculada a nuestro plan y esta se encarga de revisarlos. Si necesita ayuda para presentar reclamos internos o externos, puede comunicarse con el Programa Cal MediConnect Ombuds al 1-855-501-3077.

J2. Reclamos internos

Para realizar un reclamo interno, llame a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY: 711). Puede presentar un reclamo en cualquier momento, a menos que sea sobre un medicamento de la

Parte D. Si el reclamo es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarlo **dentro de los 60 días** después de haber tenido el problema sobre el que quiere reclamar.

- Si hay algo más que tenga que hacer, Atención al Cliente se lo informará.
- También puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo. Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- Acusaremos recibo de su queja por escrito dentro de los cinco (5) días de su recepción. Llevaremos a cabo una revisión de sus problemas. Es posible que solicitemos sus registros médicos como parte de nuestra revisión. Le enviaremos por correo una respuesta a su reclamo dentro de los treinta (30) días a partir de su recepción. Debemos atender su queja con la rapidez que requiera su caso sobre la base de su estado de salud, pero sin que transcurran más de treinta (30) días desde la recepción de su reclamo.
- Si presenta un reclamo porque se rechazó su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos un “reclamo rápido”. Si se le ha concedido un “reclamo rápido”, quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- Los reclamos relacionados con la Parte D de Medicare deben presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que quiere reclamar. Todos los otros tipos de reclamos se deben presentar ante nosotros o el proveedor en un plazo de 60 días calendario a partir del día en que se produce el incidente o la acción que causó su insatisfacción.
- Intentaremos resolver su reclamo telefónico lo más rápido posible. Si no podemos resolver su reclamo para el siguiente día hábil, le enviaremos una carta de acuse de recibo en un plazo de 5 días calendario a partir de la recepción del reclamo en que le notificamos que la recibimos.
- Si tiene un problema urgente (no relacionado con una denegación) que implique un riesgo inmediato y grave para su salud, puede solicitar un “reclamo rápido” y le responderemos en un plazo de 72 horas.

> **El término legal** para un “reclamo rápido” es **“queja acelerada”.**

De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su condición médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en el período de 30 días calendario porque necesitamos más

información, se lo comunicaremos por escrito. También le proporcionaremos una actualización del estado y un tiempo estimado en el que obtendrá la respuesta.

- Si presenta un reclamo porque se rechazó su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas.
- Si presenta un reclamo porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura, automáticamente le concederemos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en el plazo de las 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su reclamo, se lo comunicaremos y le daremos nuestras razones. Responderemos si aceptamos el reclamo o no.

J3. Reclamos externos

También puede informarle a Medicare acerca de su reclamo

Puede enviar su reclamo a Medicare. El Formulario de reclamos de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma sus reclamos de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

También puede informarle a Medi-Cal acerca de su reclamo

El Programa Cal MediConnect Ombuds también ayuda a resolver problemas desde una postura neutral a fin de garantizar que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos que debemos brindar. El Programa Cal MediConnect Ombuds no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

El número de teléfono del Programa Cal MediConnect Ombuds es 1-855-501-3077. Los servicios son gratuitos.

Puede informarle al Departamento de Atención Médica Administrada de California acerca de su reclamo

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California es responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de ayuda del DMHC para obtener ayuda con respecto a los reclamos que tenga sobre los servicios de Medi-Cal. Puede comunicarse con el DMHC si necesita ayuda con un reclamo que implique un asunto urgente o uno que implique una amenaza grave e inminente a su salud, si siente un dolor agudo, si no está de acuerdo con una decisión que nuestro plan tomó respecto de su reclamo o si nuestro plan no ha resuelto un reclamo en el plazo de 30 días calendario.

A continuación, se incluyen dos maneras de obtener ayuda del Centro de ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas que son sordas, que tienen problemas auditivos o dificultades del habla pueden usar el número TDD gratuito 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
- Visite la página web del Departamento de Atención Médica Administrada (www.dmhc.ca.gov).

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede realizar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si considera que lo trataron injustamente. Por ejemplo, puede realizar un reclamo sobre el acceso a personas con discapacidades o la asistencia con el idioma. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar la página web www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de su localidad a la siguiente dirección:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Centro de respuesta al cliente: (800) 368-1019
Fax: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov.

También puede tener derechos de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y la Ley de Enmiendas ADA de 2008 (D.P. 110-325). Puede ponerse en contacto con el Programa Cal MediConnect Ombuds para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-855-501-3077.

Puede presentar un reclamo a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su reclamo es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió directamente a la Organización para la mejora de la calidad (sin presentarnos el reclamo).
- O bien, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención ante nosotros y ante la Organización para la mejora de la calidad. Si presenta un reclamo ante esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su reclamo.

La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para la mejora de la calidad, consulte el Capítulo 2.

En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta BFCC-QIO. El número de teléfono de Livanta BFCC-QIO es 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Capítulo 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan Cal MediConnect

Introducción

En este capítulo se mencionan formas en las que puede cancelar la membresía en nuestro plan Cal MediConnect; también se incluyen las opciones de cobertura después de abandonar el plan. Si deja nuestro plan, seguirá inscrito en los programas de Medicare y Medi-Cal, siempre y cuando sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan Cal MediConnect 234

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan Cal MediConnect 235

C. Cómo unirse a un plan Cal MediConnect diferente 236

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado 236

D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare 236

D2. Cómo obtener sus servicios de Medi-Cal 239

E. Continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía 240

F. Otras situaciones en las que se cancelará su membresía en nuestro plan Cal MediConnect 240

G. Normas contra situaciones en las que se le pide que abandone nuestro plan Cal MediConnect por razones relacionadas con la salud 242

H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan 242

I. Cómo obtener más información sobre el modo de cancelar la membresía en su plan 242

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan Cal MediConnect

Puede finalizar su membresía en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (plan Medicare-Medicaid) en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage, inscribiéndose en otro plan Cal MediConnect o cambiándose a Original Medicare.

Su membresía se cancelará el último día del mes en el que recibamos su solicitud para cambiar de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finalizará el 31 enero. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes (1 de febrero en este ejemplo).

Cuando cancele su membresía en nuestro plan, se lo inscribirá en el plan de atención médica administrada de Medi-Cal que usted elija para los servicios de Medi-Cal, excepto cuando escoja un plan Cal MediConnect diferente. También puede elegir sus opciones de inscripción de Medicare cuando cancela su membresía en nuestro plan. Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Sus opciones de Medicare en la tabla de la página 237.
- Servicios de Medi-Cal en la página 239.

Puede obtener más información sobre cómo cancelar su membresía llamando a cualquiera de los siguientes:

- 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.
- Opciones de atención médica 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.
- Programa de asistencia de seguros de salud del estado (SHIP), 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/.
- Programa Cal MediConnect Ombuds al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.
- 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.

NOTA: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan Cal MediConnect

Si decide cancelar su membresía, comuníqueles a Medi-Cal o Medicare que desea abandonar Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

- Llame a Opciones de atención médica 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;
  O BIEN,
- 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 (personas con problemas auditivos o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre cómo recibir los servicios de Medicare cuando deja nuestro plan, consulte la tabla en la página 239.

C. Cómo unirse a un plan Cal MediConnect diferente

Si desea seguir recibiendo los beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos de un solo plan, puede inscribirse en un plan de Cal MediConnect diferente.

Para inscribirse en un plan Cal MediConnect diferente:

- Llame a Opciones de atención médica 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. Indíqueles que quiere abandonar Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan e inscribirse en un plan Cal MediConnect diferente. Si no está seguro del plan en el que quiere inscribirse, pueden informarle sobre otros planes disponibles en su área.

Su cobertura con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan se cancelará el último día del mes en el que recibamos su solicitud.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Si usted no desea inscribirse en un plan Cal MediConnect diferente después de abandonar Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, volverá a recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.

D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Dispone de tres opciones para obtener los servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas tres 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. 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.

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:	Esto es lo que debe hacer:
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/.	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.

D2. Cómo obtener sus servicios de Medi-Cal

Si abandona nuestro plan Cal MediConnect, se lo inscribirá en un plan de atención médica administrada de Medi-Cal que usted elija.

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 Opciones de atención médica en qué plan de atención médica administrada de Medi-Cal desea inscribirse.

- Llame a Opciones de atención médica 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. Indíqueles que quiere abandonar Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan e inscribirse en un plan de atención médica administrada de Medi-Cal. Si no está seguro del plan en el que quiere inscribirse, pueden informarle sobre otros planes disponibles en su área.

Cuando cancele su membresía en nuestro plan Cal MediConnect, recibirá una nueva Tarjeta de identificación de miembro, una nueva *Guía para los Miembros* y un nuevo *Directorio de proveedores y farmacias* sobre su cobertura de Medi-Cal.

E. Continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía

Si abandona Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía finalice y su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal entre en vigencia. Consulte la página 235 para obtener más información. Durante este tiempo, continuará obteniendo su atención médica y sus medicamentos a través de nuestro plan.

- **Debe utilizar las farmacias de la red de servicios para obtener sus medicamentos recetados.** Normalmente, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red de servicios, incluidos nuestros servicios de farmacia por correo.
- **Si ingresa en el hospital el día en que finaliza su membresía, nuestro plan Cal MediConnect, por lo general, cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta.** Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den el alta.

F. Otras situaciones en las que se cancelará su membresía en nuestro plan Cal MediConnect

A continuación, se detallan los casos en los que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan debe finalizar su membresía en el plan:

- Si se produce una interrupción en la cobertura de las Parte A y Parte B de Medicare.
- Si ya no cumple con los requisitos para Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que cumplen con los requisitos tanto para Medicare como para Medi-Cal. El Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) pueden cancelar su inscripción si se determina que no es elegible para el programa.
- Si usted se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a Atención al Cliente para averiguar si el lugar donde se muda o al que viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si lo encarcelan por un delito penal.

- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga para medicamentos recetados.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o su permanencia en los Estados Unidos no es legal.
  - Para ser miembro de nuestro plan, debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener una permanencia legal en este país.
  - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si no reúne los requisitos para seguir siendo miembro con respecto a este punto.
  - Si no cumple con este requisito, debemos cancelar su inscripción.

Si ya no reúne los requisitos para Medi-Cal o hubo un cambio en sus circunstancias por el que ya no es elegible para Cal MediConnect, puede continuar recibiendo sus beneficios de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan por un período adicional de dos meses. Este período adicional le permitirá corregir su información de elegibilidad si cree que aún es elegible. Recibirá una carta de nuestra parte acerca del cambio en su elegibilidad con instrucciones para corregir dicha información.

- Para seguir siendo miembro de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, debe cumplir con los requisitos nuevamente antes del último día del período de dos meses.
- Si no cumple con los requisitos al finalizar el período de dos meses, se cancelará su inscripción en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Podemos hacerle dejar nuestro plan por las siguientes razones solo si recibimos antes permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica.
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

G. Normas contra situaciones en las que se le pide que abandone nuestro plan Cal MediConnect por razones relacionadas con la salud

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas, los 7 días de la semana.

También debe **llamar al Programa Cal MediConnect Ombuds** al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.

H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan Cal MediConnect, tenemos la obligación de informarle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección J del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

I. Cómo obtener más información sobre el modo de cancelar la membresía en su plan

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- Llame a 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.
- Llame a Opciones de atención médica 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.
- 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/.
- Llame al Programa Cal MediConnect Ombuds al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.
- 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.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para los miembros.*

Índice

A. Aviso sobre leyes 244

B. Aviso sobre no discriminación 244

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso 244

D. Aviso sobre la responsabilidad de terceros 245

E. Aviso sobre no discriminación 246

A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a esta *Guía para los Miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en esta guía. Las principales leyes que se aplican a esta guía son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Medi-Cal. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

Todas las compañías o agencias que trabajen con Medicare y Medi-Cal deben cumplir las leyes que lo protegen de la discriminación o el trato injusto. No lo discriminaremos ni lo trataremos de manera diferente debido a su edad, experiencia en reclamaciones, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historia clínica, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión o sexo. *Además, no lo discriminaremos ni lo trataremos de manera diferente debido a su* ascendencia, estado civil u orientación sexual.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al número 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar la página web www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

- Llame a nuestra Oficina local de Derechos Civiles.

  Office for Civil Rights
  U.S. Department of Health and Human Services
  90 7th Street, Suite 4-100
  San Francisco, CA 94103
  Centro de respuesta al cliente: (800) 368-1019
  Fax: (202) 619-3818
  TTY: (800) 537-7697
  Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o un proveedor, llame a Atención al Cliente. Si usted tiene un reclamo, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Atención al Cliente puede ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso

A veces, alguien tiene que pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación laboral tienen que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal.

El programa Cal MediConnect cumple con las leyes y los reglamentos estatales y federales relacionados con la responsabilidad legal de terceros respecto de los servicios de atención médica a los miembros. Tomaremos todas las medidas razonables para garantizar que el programa Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

D. Aviso sobre la responsabilidad de terceros

Si usted sufre una lesión o enfermedad que es responsabilidad de un tercero, debido a un acto intencional o de negligencia u omisión que ocasione dicha lesión o enfermedad, le enviaremos una declaración de los cargos razonables por los servicios proporcionados relacionados con la lesión o enfermedad. Los cargos se calcularán según se muestra a continuación. Sin embargo, no tendrá que hacernos ningún pago hasta que se determine la responsabilidad financiera mediante la resolución del caso, la sentencia judicial u otro.

Si usted recupera cualquier monto de dinero por parte del tercero responsable, debe notificarnos de inmediato. Se nos debe reembolsar dicha recuperación por parte del tercero en concepto de los cargos que se establecen en la declaración que le enviamos, la cual se encuentra sujeta a los límites descritos en los siguientes párrafos.

a) El monto de nuestro gravamen se calculará de la siguiente manera:

i. En el caso de los servicios de atención médica que no se proporcionen de manera capitativa, el monto real que el plan, el grupo médico o la Asociación de práctica independiente pagan al proveedor médico del tratamiento.

ii. Si los servicios se proporcionaron de manera capitativa, el ochenta por ciento (80%) del cargo normal por los mismos servicios proporcionados de manera no capitativa dentro de la misma zona geográfica donde se proporcionaron los servicios.

iii. Si se le proporcionaron servicios de manera capitativa y no capitativa, y nuestro proveedor contratado para los servicios capitativos paga por los servicios no capitativos que usted recibió, dicho gravamen no deberá exceder la suma de lo siguiente:
   (i) Los costos razonables reales que se pagaron para perfeccionar el gravamen.
   (ii) Los montos que se determinaron de conformidad con “a” y “b” anteriormente.

b) Nuestra máxima recuperación del gravamen está sujeta a las siguientes limitaciones:

i. Si usted contrató un abogado, el gravamen no puede exceder el monto inferior de los siguientes:

   (i) El monto máximo determinado en el punto 1 anterior.

   (ii) Un tercio (1/3) del dinero que tiene derecho a recibir por cualquier sentencia definitiva, arreglo o acuerdo de liquidación.

ii. Si usted no contrató un abogado, el gravamen no puede exceder el monto inferior de los siguientes:

   (i) El monto máximo determinado en el punto 1 anterior.

(ii) O bien, la mitad (1/2) del dinero que tiene derecho a recibir por cualquier sentencia definitiva, arreglo o acuerdo de liquidación.

c) Nuestras recuperaciones del gravamen están sujetas a estas reducciones adicionales:

i. Si un juez, jurado o árbitro determina que usted se encontraba parcialmente en falta, nuestra recuperación del gravamen se reducirá en un porcentaje comparativamente similar a la reducción de su recuperación.

ii. Una reducción prorrata en concepto de los honorarios y gastos razonables del abogado (si los hubiera).

Los límites anteriores sobre las recuperaciones de gravámenes no se aplican a los gravámenes de indemnización por accidentes laborales.

Conforme a las limitaciones indicadas anteriormente, usted le concede a Blue Shield of California Promise Health Plan una asignación, una reclamación y un gravamen por cualquier monto de recuperación por un acuerdo, una sentencia o un veredicto. Es posible que le exijamos que ejecute los documentos y proporcione la información necesaria para determinar la asignación, la reclamación o el gravamen para constatar el monto correcto de recuperación.

Además, hemos delegado, por contrato, a los proveedores el derecho a asegurar los derechos de retención de terceros sobre nuestros miembros por los servicios de atención médica que le brindó el proveedor o que le fueron acordados.

Los grupos médicos, los médicos y las asociaciones de médicos independientes contratados que aseguran derechos de gravamen sobre los miembros deben hacerlo de acuerdo con los procedimientos que se establecen anteriormente.

E. Aviso sobre no discriminación

La discriminación es ilegal

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, 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

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, o por correo o teléfono a la siguiente dirección:

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.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados en la *Guía para los Miembros* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar el término que está buscando o si necesita más información que la incluida en la definición, póngase en contacto con Atención al Cliente.

A continuación, le presentamos un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es $1.35. Esto significa que el monto que usted paga por el medicamento es inferior a $0.05 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será inferior a $0.05 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será inferior a $0.35.

Actividades de la vida cotidiana (ADL): lo que las personas hacen en un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Algunos medicamentos están cubiertos solo si obtiene una autorización previa de nosotros.

Algunos servicios médicos de la red de servicios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red de servicios obtienen una autorización previa de nuestro plan.

Apelación: una forma de cuestionar nuestra acción si cree que cometimos un error. Nos puede pedir que cambiemos nuestra decisión de cobertura presentando una apelación. La Sección E del Capítulo 9 explica las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Área de servicio: área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo aquellas personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Atención al Cliente: departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, quejas y apelaciones. Consulte la Sección A del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Atención al Cliente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y son necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Atención de urgencia: atención que se obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Puede recibir atención de urgencia de proveedores fuera de la red de servicios cuando los proveedores de la red de servicios no están disponibles o usted no puede acceder a ellos.

Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados de forma constante y todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que pueden ser aplicadas por una enfermera matriculada o un médico.

Audiencia estatal: si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de Medi-Cal que no aprobaremos, o dejamos de pagar un servicio de Medi-Cal que ya tiene, usted tiene derecho a solicitar una Audiencia estatal. Si la audiencia estatal es a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Autorización previa: aprobación de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan que debe recibir antes de obtener un servicio o medicamento específicos, o de consultar a un proveedor fuera de la red de servicios. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan puede no cubrir el servicio o medicamento si no obtiene una aprobación.

Auxiliar de atención médica a domicilio: persona que presta servicios que no necesitan la competencia de un terapeuta o enfermera certificado; por ejemplo, ayudar con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios recetados). Los auxiliares de atención médica a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.

Ayuda adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda adicional también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS.”

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan debe proporcionarle una lista de centros para enfermos terminales en su área geográfica.

Cal MediConnect: programa que proporciona beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos en un solo plan de salud. Tiene una sola tarjeta de identificación de miembro para todos sus beneficios.

Cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Centro de atención de enfermería especializada (SNF): centro de enfermería con el personal y el equipo necesarios para brindar una atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios especializados de rehabilitación y otros servicios médicos relacionados.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro para enfermos terminales: programa de atención y soporte para ayudar a las personas que tienen un diagnóstico de enfermedad terminal a vivir de manera cómoda. Un diagnóstico de enfermedad terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y que se espera que viva seis meses o menos.

Centro quirúrgico ambulatorio: centro que proporciona cirugías ambulatorias a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se prevé que necesiten más de 24 horas de atención.

Centro u hogar de convalecencia: lugar que proporciona atención para personas que no pueden obtener atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Como miembro de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, solo tiene que pagar los montos de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores que le facturen a usted más de este monto.

Consulte la Sección H del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Medi-Cal.

Continuación de beneficios: puede continuar recibiendo sus beneficios mientras espera la decisión de una Apelación de Nivel 1 o una Audiencia estatal (consulte la Sección E del Capítulo 9 para obtener más información). Esta continuación de la cobertura se denomina “continuación de beneficios”.

Copago: monto fijo que usted paga como su parte del costo cada vez que obtiene ciertos medicamentos recetados. Por ejemplo, puede pagar $2 o $5 por un medicamento recetado.

Costo compartido diario: costo que es posible que se aplique cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes.

Costo compartido: montos que debe pagar cuando obtiene ciertos medicamentos recetados. El costo compartido incluye los copagos.

Costos que paga de su bolsillo: el requisito de costo compartido que los miembros deben pagar por su parte de los servicios o medicamentos que obtienen también se denomina requisito de costo “que paga de su bolsillo”. Consulte la definición anterior sobre “costo compartido”.

Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Decisión de cobertura: decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre los servicios y medicamentos cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Defensor del pueblo: oficina en su estado que trabaja como un defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o un reclamo, y puede ayudarle a comprender qué hacer. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. Puede encontrar más información sobre el Programa Cal MediConnect Ombuds en los Capítulos 2 y 9 de esta guía.

Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC): departamento del estado de California que es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas en Cal MediConnect con las apelaciones y reclamos relacionados con los servicios de Medi-Cal. El DMHC también realiza las Revisiones médicas independientes (IMR).

Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS): departamento del estado de California que administra el programa Medicaid (denominado Medi-Cal en California) al que, por lo general, se lo llama “el Estado” en esta guía.

Determinación de la organización: El plan toma una determinación de la organización cuando esta o uno de sus proveedores toman una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en esta guía. Las Secciones D, E y F del Capítulo 9 explican cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos protésicos y servicios ortopédicos: son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una parte del cuerpo o la función del de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor agudo.

En la Tabla de beneficios del Capítulo 4 se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan.

En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su médico de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Equipo de atención: consulte “Equipo interdisciplinario de atención”.

Equipo interdisciplinario de atención (ICT o equipo de atención): un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de salud que están disponibles para ayudarle a obtener la atención que necesita. El equipo de atención también le ayudará a desarrollar un plan de atención.

Equipo médico duradero (DME): ciertos artículos que el médico solicita para que usted use en su hogar. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generar el habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: médico que brinda atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica.

Estudios de competencia cultural: estudios que proporcionan instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus orígenes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales e idiomáticas.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D en la que el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Comienza esta etapa cuando alcanza el límite de $7,050 para sus medicamentos recetados.

Etapa de cobertura inicial: etapa antes de que el total de sus gastos en medicamentos de la Parte D alcance $7,050. Esto incluye los montos que usted ha pagado, lo que nuestro plan ha pagado en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Comienza en esta etapa cuando obtiene la primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga una parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte.

Evaluación del riesgo de la salud: revisión de la historia clínica y la afección actual de un paciente. Se utiliza para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones.

Facturación inadecuada/inapropiada: situación en la que un proveedor (un médico o el hospital) le factura a usted más que el monto del costo compartido del plan por los servicios. Muestre su Tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cuando obtenga cualquier servicio o medicamento recetado. Llame a Atención al Cliente si recibe alguna factura que no comprende.

Farmacia de la red de servicios: farmacia que ha aceptado proporcionar los medicamentos recetados para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red de servicios” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red de servicios.

Farmacia fuera de la red de servicios: farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

***Guía para los Miembros* e información de divulgación:** en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto o cláusula, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Información personal de salud (también llamada información de salud protegida, PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico e historia clínica. Consulte el Aviso sobre prácticas de privacidad de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para obtener más información sobre cómo Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan protege, usa y divulga su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad: límite sobre la cantidad de un medicamento que puede recibir. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

***Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos):** lista de medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la colaboración de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le indica si existen normas que debe cumplir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos suele denominarse “formulario”.

Los llamamos “proveedores de la red de servicios” cuando aceptan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros un monto adicional.

Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted cumple con los requisitos para Medicare y Medicaid.

Medi-Cal: nombre del programa de Medicaid de California. El estado administra Medi-Cal, y el estado junto con el gobierno federal financian este programa.

Médicamente necesario: describe aquellos servicios, suministros o medicamentos que necesita para evitar, diagnosticar o tratar una afección médica o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que usted vaya a un hospital o a un hogar de convalecencia. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las recomendaciones aceptadas de la práctica médica. La definición de Medi-Cal de necesidad médica limita los servicios de atención médica a aquellos que son necesarios para proteger la vida, para prevenir una enfermedad o discapacidad significativa o para aliviar un dolor intenso.

Medicamento de marca: medicamento recetado fabricado y vendido por la empresa que originariamente desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras empresas de medicamentos.

Medicamento genérico: medicamento recetado que el gobierno federal ha aprobado para utilizar en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos que pueden estar cubiertos en la Parte D de Medicare. El Congreso específicamente excluye ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Medi-Cal puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: consulte “medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de venta libre (OTC): cualquier medicamento que una persona puede comprar sin la receta de un profesional de atención médica.

Medicare: programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años de edad con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Médico de atención primaria (PCP): su médico de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Ellos se aseguran de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona con Medicare y Medi-Cal que cumple con los requisitos para obtener servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red de servicios para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red de servicios también se denominan “proveedores del plan”.

Navegador de atención: persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

Nivel de costo compartido: grupo de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como la Lista de medicamentos) se encuentran en uno de los cuatro (4) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Niveles de medicamentos: los grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cuatro (4) niveles.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que reciben los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con cargo por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos establecidos por el Congreso.

Original Medicare está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Paciente hospitalizado: término que se usa cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fuese ingresado oficialmente, puede ser considerado un paciente ambulatorio en vez de un paciente hospitalizado, aunque usted permanezca durante la noche.

Para obtener información sobre cómo recibir atención de los médicos de atención primaria, consulte el Capítulo 3.

Parte A de Medicare: programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención médicamente necesaria en hospitales, centros de atención de enfermería especializada, atención médica a domicilio y atención para enfermos terminales.

Parte A: consulte “Parte A de Medicare”.

Parte B de Medicare: programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y caminadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y pruebas de detección.

Parte B: consulte “Parte B de Medicare”.

Parte C de Medicare: programa de Medicare que les permite a las compañías de seguro de salud privadas brindar beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Parte C: consulte “Parte C de Medicare”.

Parte D de Medicare: programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Nosotros lo denominamos “Parte D” para abreviarlo). La Parte D cubre medicamentos recetados, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare o Medi-Cal. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan incluye la Parte D de Medicare.

Parte D: consulte “Parte D de Medicare”.

Participación en los costos: el porcentaje de los costos de atención médica que usted debe pagar cada mes antes de que los beneficios de Cal MediConnect entren en vigencia. El monto de su participación en los costos dependerá de sus ingresos y recursos.

Persona inscrita en Medicare-Medi-Cal (Doble elegibilidad): persona que cumple con los requisitos para la cobertura de Medicare y Medi-Cal. Una persona inscrita en Medicare y Medi-Cal también se denomina “beneficiario con doble elegibilidad”.

Plan de atención personalizado (ICP o plan de atención): plan con los servicios que recibirá y la manera en que los obtendrá. El plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo.

Plan de atención: consulte “Plan de atención personalizado”.

Plan de salud: organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También posee Navegadores de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

Plan Medicare Advantage: programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Planes Medi-Cal: planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyos a largo plazo, equipos médicos y servicios de transporte. Los beneficios de Medicare son independientes.

Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP): programa que brinda información y asesoramiento gratuito y objetivo sobre Medicare. La Sección E del Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con el HICAP.

Programa para los planes de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE): programa que cubre los beneficios de Medicare y los de Medi-Cal juntos para las personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en sus hogares.

Proveedor de la red de servicios: “Proveedor” es el término general que usamos para los médicos, los enfermeros y otras personas que proporcionan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

Proveedor fuera de la red de servicios o **centro fuera de la red de servicios**: proveedor o centro que nuestro plan no emplea, opera ni del que es propietario y que, además, no ha firmado un contrato para ofrecerles servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En la Sección D del Capítulo 3 se explican los proveedores y centros fuera de la red de servicios.

Queja: reclamo que usted realiza sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o las farmacias de la red de servicios. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de su atención o la de un servicio proporcionado por su plan de salud.

Reclamo: declaración escrita u oral que indica que tiene un problema o una inquietud sobre los servicios o la atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de los servicios, la calidad de su atención, los proveedores de la red de servicios o las farmacias de la red de servicios. El nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”.

Remisión: una remisión significa que su médico de atención primaria (PCP) debe darle su aprobación antes de que pueda consultar a otra persona que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación, es posible que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a determinados especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre remisiones en el Capítulo 3 y sobre servicios que requieren remisiones en el Capítulo 4.

Revisión médica independiente (IMR): si rechazamos su solicitud de servicios médicos o tratamiento, puede presentar una apelación ante nosotros. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es sobre un servicio de Medi-Cal, incluidos suministros de DME y medicamentos, puede solicitarle al Departamento de Atención Médica Administrada de California una IMR. Una IMR es una revisión de su caso realizada por médicos que no forman parte de nuestro plan. Si la IMR es a su favor, debemos brindarle el servicio o tratamiento que solicitó. La IMR no tiene ningún costo para usted.

Salud conductual: término integral que hace referencia a la salud mental y los trastornos por abuso de sustancias.

Servicios comunitarios para adultos (CBAS): programa de servicios basado en un centro y para pacientes ambulatorios que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapia ocupacional y del habla, atención personal, capacitación y apoyo para familiares y cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a las Personas inscritas elegibles que cumplen con los criterios de elegibilidad correspondientes.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: término general que se utiliza para referirse a toda la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y de venta libre, los equipos y otros servicios cubiertos por el plan.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios opcionales del plan de atención (Servicios CPO): servicios adicionales que son opcionales conforme a su Plan de atención personalizado (ICP). Estos servicios no pretenden reemplazar los servicios y apoyos a largo plazo que usted está autorizado a recibir de Medi-Cal.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): servicios que ayudan a mejorar una afección médica prolongada. La mayoría de estos servicios le ayudan a quedarse en su hogar para que no tenga que ir a un hogar de convalecencia u hospital. Los LTSS incluyen Servicios comunitarios para adultos (CBAS) y Centros de atención de enfermería (NF).

Si usted no desea formar parte de nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos.

Tratamiento escalonado: norma de cobertura que le exige probar primero otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted solicita.

Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporciona atención para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

Una persona inscrita con un diagnóstico de enfermedad terminal tiene derecho a elegir un centro para enfermos terminales.

Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).

Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

LLAME AL	1-855-905-3825 Las llamadas a este número son gratuitas. Los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Atención al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
ESCRIBA A	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Drive Monterey Park, CA 91755
PÁGINA WEB	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

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

blueshieldca.com/promise/calmediconnect