

# Blue Shield of California

## Planes de medicamentos recetados

### Medicare Advantage

## LISTA DE CONTROL DE PREINSCRIPCIÓN

Antes de decidir inscribirse, es importante que entienda bien nuestros beneficios y nuestras reglas. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con un representante de Atención al Cliente llamando al **(800) 776-4466 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, durante todo el año.

### Pasos para entender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que aparece en la *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés), sobre todo para los servicios por los que habitualmente consulta a un médico. Para ver una copia de la EOC, visite **[blueshieldca.com/medmapd2022](https://www.blueshieldca.com/medmapd2022)** o llame a Atención al Cliente al **(800) 776-4466 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, durante todo el año.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos con los que se atiende ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, probablemente deba elegir otro médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que use para comprar los medicamentos recetados esté en la red. Si no aparece en la lista, probablemente deba elegir otra farmacia para conseguir sus medicamentos.
- Revise el formulario de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos o las alternativas aceptables que necesite estén cubiertos en nuestra lista de medicamentos. Allí se explica qué medicamentos están cubiertos, para que pueda hablar con su médico sobre sus opciones de medicamentos. Generalmente, los medicamentos genéricos tienen un copago más bajo que los de marca.

### Reglas importantes que debe entender

- Si se inscribe en un plan con una prima mensual:** Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Es posible que los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros cambien a partir del 1 de enero de 2022.
- Si se inscribe en un plan HMO:** Excepto en situaciones urgentes o de emergencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están en el directorio de proveedores).

**Si se inscribe en un plan PPO:** Nuestro plan le permite atenderse con proveedores fuera de la red (que no están contratados). Sin embargo, aunque paguemos los servicios cubiertos recibidos de un proveedor que no está contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en **situaciones urgentes o de emergencia**, los proveedores que no están contratados pueden negarse a atenderlo. Además, es posible que deba pagar un costo de bolsillo más alto por los servicios que reciba de los proveedores no contratados.

**Para planes HMO D-SNP:** Este es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal a través de Medicaid.

Excepto en situaciones de emergencia, los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Medicare de Blue Shield. Llame a nuestro número de Atención al Cliente o lea su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que corresponde a los servicios fuera de la red.

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability. Blue Shield of California cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-776-4466 [TTY: 711].

ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición gratis el servicio de asistencia en idiomas. Llame al 1-800-776-4466 [TTY: 711].

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-776-4466 [TTY: 711]。