

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) 452-4413 [TTY: 711]**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Pasos para entender los beneficios

La Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) brinda una lista completa de todos los servicios y la cobertura. Es importante que revise los beneficios, los costos y la cobertura del plan antes de inscribirse. Para ver una copia de la EOC, visite blueshieldca.com/medmapd2023 o llame a Atención al Cliente al **(800) 452-4413 [TTY: 711]**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Revise el directorio de proveedores (o hable con su médico) para asegurarse de que los médicos con los que se atiende ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, es probable que tenga que elegir otro médico.

Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que use para obtener los medicamentos recetados esté en la red. Si no aparece en la lista, es probable que tenga que elegir otra farmacia para obtener sus medicamentos recetados.

Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

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 su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.

Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2024.

Si se inscribe en un plan HMO: Salvo 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 deja que se atienda con proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar brindarle tratamiento. Salvo en situaciones urgentes o de emergencia, los proveedores no contratados pueden negarse a brindar atención. Además, usted pagará un copago más alto por los servicios que reciba de 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). Podrá inscribirse si se verifica que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal a través de Medicaid.

Salvo 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.

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **(800) 452-4413 (TTY: 711)**.

ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición gratis el servicio de asistencia en idiomas. Llame al **(800) 452-4413 (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**(800) 452-4413 (TTY: 711)**。