

Evidencia de Cobertura

Sus servicios y beneficios de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados como miembro de Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Condados de Los Ángeles y San Diego

del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023



Guía para los Miembros de Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

H5982_22_378A_C SP SNR 09192022



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Su cobertura de salud y medicamentos de Blue Shield TotalDual Plan

***Guía para los Miembros* Introducción**

Esta *Guía para los Miembros*, también conocida como la *Evidencia de cobertura*, le informa sobre su cobertura en nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2023. 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 lo ayudan a permanecer en su hogar en lugar de ir a un hogar de convalecencia u hospital. Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para los Miembros*.

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

Cuando en esta *Guía para los Miembros* se menciona "nosotros", "nos", "nuestro" o "nuestro plan", se hace referencia a Blue Shield TotalDual Plan.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame (800) 452-4413 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (800) 452-4413 (TTY: 711) 每週七天辦公，早上8:00 點至 晚上8:00 點或。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (800) 452-4413 (TTY: 711) 8 giờ sáng–8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. HOẶC Ban.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (800) 452-4413 (TTY: 711)

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (800) 452-4413 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오, 오후 8시, 7 일 주일 오전 8시

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք (800) 452-4413 (TTY (հեռատիպ)՝ 711)

فراهم شما برای رایگان بصورت زبانی تسهیلات کنید، می گفتگو فارسی زبان به اگر: توجه (Persian/Farsi) فارسی بگیرید تماس (800) 452-4413 (TTY: 711) با .باشد می

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (800) 452-4413 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。(800) 452-4413 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

رقم) برقم اتصل .بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن اللغة، اذكر تتحدث كنت إذا :ملحوظة (Arabic) العربية (711 :واليكم الصم هاتف رقم) (800) 452-4413 (711 :واليكم الصم هاتف

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। (800) 452-4413 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ (800) 452-4413 (TTY:711)។

Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau (800) 452-4413 (TTY:711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। (800) 452-4413 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (800) 452-4413 (TTY:711).

کریں کال - ہیں دستیاب میں مفت خدمات کی مدد کی زبان کو آپ تو ہیں، بولتے اردو آپ اگر: خبردار (Urdu) :أرؤو (800) 452-4413 (TTY:711).

Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

- Puede realizar una solicitud permanente para recibir este documento en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro. Para realizar una solicitud, póngase en contacto con Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan. Archivarán su idioma y formato preferidos para futuras comunicaciones. Para realizar actualizaciones sobre sus preferencias, comuníquese con Blue Shield TotalDual Plan.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Descargos de responsabilidad

- ❖ Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
- ❖ El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Les notificaremos a las personas inscritas afectadas los cambios con al menos 30 días de anticipación.
- ❖ Es responsabilidad de nuestro plan coordinar sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid) para usted.
- ❖ Blue Shield of California es un plan HMO y HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal Medi-Cal (Medicaid) de California. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.
- ❖ La cobertura de Blue Shield TotalDual Plan califica como una cobertura médica llamada "cobertura esencial mínima". Cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.



Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

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

Índice

A. Bienvenido a nuestro plan	7
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal	7
B1. Medicare	7
B2. Medi-Cal	7
C. Ventajas de nuestro plan	8
D. Área de servicio de nuestro plan	9
E. Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan	9
F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud	10
G. Su equipo y su plan de atención	11
G1. Equipo de atención	11
G2. Plan de atención	11
H. Prima mensual del plan	12
H1. Su prima del plan	12
I. Guía para los Miembros	12
J. Otra información importante que obtiene de nosotros	12
J1. Su tarjeta de identificación del plan	12
J2. Directorio de proveedores y farmacias	13

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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 de salud protegida (PHI)	16



A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan proporciona servicios de Medicare y Medi-Cal a las personas elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También contamos con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

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.
- Algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades.
- Personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa Medi-Cal (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 es elegible.
- Qué servicios están cubiertos.
- El costo de los servicios.

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



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Medicare y el estado de California aprobaron nuestro plan. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan, siempre y cuando:

- Decidamos ofrecer el plan.
- 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 nuestro plan

Ahora recibirá todos los servicios de Medicare y Medi-Cal cubiertos de nuestro plan, incluidos los medicamentos recetados. **No paga nada adicional para inscribirse en este plan de salud.**

Ayudamos 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:

- Puede trabajar con nosotros para **todas** sus necesidades de atención médica.
- Usted tiene un equipo de atención que usted ayuda a formar. El equipo de atención puede incluirlo a usted mismo, su cuidador, sus médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de atención médica.
- Tiene acceso a un coordinador de la atención. Esta es una persona que trabaja con usted, nuestro plan y con el equipo de atención para ayudar a preparar un plan de atención.
- Usted puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y su coordinador de la atención.
- Su equipo de atención y su coordinador de la atención trabajan con usted para preparar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención le ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de lo siguiente:
 - Sus médicos saben sobre todos los medicamentos que usted toma para que puedan estar seguros de que esté tomando los medicamentos correctos y puedan reducir cualquier efecto secundario que pueda tener por los medicamentos.
 - Los resultados de sus exámenes se comparten entre todos los médicos y otros proveedores, según corresponda.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Nuevos miembros del Blue Shield TotalDual Plan: en la mayoría de los casos, se lo inscribirá en Blue Shield TotalDual Plan para sus beneficios de Medicare el día 1 del mes después de que solicite la inscripción en Blue Shield TotalDual Plan. Es posible que aún reciba los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Blue Shield Promise Health Plan. No habrá período sin cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana si tiene alguna pregunta.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: condados de Los Ángeles y San Diego.

Solo aquellas personas que vivan en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

No puede seguir siendo miembro de nuestro plan si se muda fuera del área de servicio. Consulte el **Capítulo 8** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de su área de servicio.

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 (las personas que están en la cárcel no se consideran que viven en el área de servicio geográfica, incluso si están físicamente situadas en esta).
- Sea mayor de 21 años en el momento de la inscripción.
- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Es elegible actualmente para Medi-Cal.
- *Sea ciudadano de los Estados Unidos o su permanencia en los Estados Unidos sea legal.*

Para obtener más información, llame a Atención al Cliente.

Tenga en cuenta que si pierde su elegibilidad, pero razonablemente espera volver a obtenerla en el plazo de 6 meses, todavía sigue siendo elegible para la membresía en nuestro plan (la Sección A del Capítulo 4 le informa sobre su cobertura y los costos compartidos durante este período, que se denomina elegibilidad continuada).

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, obtiene una evaluación de riesgo de la salud (HRA) en un plazo de 90 días antes o después de la fecha de inscripción en vigencia.

Debemos realizar una HRA por usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye 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. Podemos completar la HRA mediante una visita en persona, una llamada telefónica o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir consultando a los médicos que visita ahora durante un tiempo determinado, si no están en nuestra red de servicios. A esto lo llamamos *continuidad de la atención*. Si no se encuentran en nuestra red, 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 detallan a continuación:

- Usted, su representante o su proveedor nos solicitan que continúe usando su proveedor actual.
- Establecemos que usted tenía una relación existente con un médico de atención primaria o un médico 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 nuestro plan.
 - Determinamos que hay una relación existente al examinar su información de salud disponible o la información que usted nos brinda.
 - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. También puede pedirnos que tomemos una decisión más rápida y debemos responder en 15 días.
 - Usted o su proveedor deben presentar documentación que indique una relación existente y deben aceptar ciertos términos al realizar la solicitud.

Nota: Esta solicitud solo se puede realizar para servicios de equipo médico duradero (DME), servicios de transporte u otros servicios auxiliares que no se incluyen en nuestro plan. **No** se puede realizar esta solicitud para los proveedores de equipos médicos duraderos, transporte u otros proveedores auxiliares.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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 TotalDual 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. Un proveedor de la red 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. Para obtener más información sobre cómo obtener la atención, consulte el Capítulo 3 de su Guía para los miembros.*

G. Su equipo y su plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. El equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de la atención u otra persona con competencias médicas que usted elija.

El coordinador de la atención es una persona que está capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita. Cuando se inscribe en nuestro plan, recibe un coordinador de la atención. Esta persona también lo refiere a otros recursos de la comunidad que nuestro plan puede no proporcionar y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llame al número de la parte inferior de la página para obtener más información sobre su coordinador de la atención y su equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para realizarle 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.

Este plan de atención incluye lo siguiente:

- Sus objetivos de atención médica.
- Los plazos para obtener los servicios que necesita.

Después de la evaluación de riesgo de la salud, su equipo de atención se reunirá con usted. Habla con usted sobre los servicios que necesita. También le indica que piense en la posibilidad de recibir otros servicios. Su plan de atención se basa en sus necesidades. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar el plan de atención al menos una vez al año.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



H. Prima mensual del plan

H1. Su prima del plan

Al ser miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2023, la prima mensual de la Parte D del Blue Shield TotalDual Plan es de \$38.90. Sin embargo, usted paga **\$0** por mes siempre que tenga el Subsidio por bajos ingresos de la Parte D, también llamado “Ayuda adicional”, y la cobertura completa de Medi-Cal.

I. 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 nuestra acción. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Para solicitar una *Guía para los Miembros*, llame a Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página. También puede consultar la *Guía para los Miembros* en nuestra página web en la dirección que figura en la parte inferior de la página, o descargarla.

El contrato estará en vigencia durante los meses en los que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

J. Otra información importante que obtiene de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos es su tarjeta de identificación de miembro, *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 del plan

En nuestro plan, tendrá solo una tarjeta para los servicios de Medicare y Medi-Cal cubiertos por nuestro plan, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo, ciertos servicios de salud conductual y los medicamentos recetados. Usted muestra esta tarjeta cuando recibe cualquier servicio o medicamento recetado de la Parte D. La siguiente imagen es una muestra de una tarjeta de identificación de miembro:

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



			
Member Name: Member Name		xBIH: 004336	
Member ID#: AMPJ12345678		RxPCN: 77993322	
Care Coordinator Phone: (888) 977-0933		MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP/SPC/ER/RX: \$0/\$0/\$0/\$0	
PCP Name: <PCP Name>			
PCP Group: <PCP Group>			
PCP Phone: <PCP Phones> HES2B-OOE			

In an emergency, call 911 or go to the nearest ER.		Blueshieldca.com/medicare	
Customer Care: (800) 452-4413 (TTY: 711)			
Pharmacy Help Desk: (888) 977-0933			
Transportation: (877) 206-7333			
Nurse Help 24/7: (877) 304-504			
Send Medical Claims to: Blue Shield of California, P.O. Box 273640, Chico, CA 95927-2640			
Send Rx Claim To: Blue Shield of California, P.O. Box E2066, Phoenix, AZ 85072-2066			
Providers: Please file all claims with your local BCBS licensee in whose service areas the member received services. Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.			

Si su tarjeta de identificación se daña, se le pierde o se la roban, llame a Atención al Cliente de inmediato al número que figura en la parte inferior de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Guarde esta tarjeta en un lugar seguro, en caso de que la necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, el proveedor puede facturarle a Medicare en vez de a nuestro plan y usted puede recibir una factura. Consulte el **Capítulo 7** de su *Guía para los Miembros* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) para acceder a los siguientes servicios:

- *Los medicamentos recetados solo se cubren a través de Medi-Cal Rx.*
- *Los servicios odontológicos solo se cubren a través del Programa odontológico de Medi-Cal.*
- *Servicios de apoyo a domicilio (IHSS).*
- *Programas de servicios múltiples para personas mayores (MSSP).*

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 nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Para solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias*, llame a Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en la dirección web que aparece en la parte inferior de la página.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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 TotalDual Plan o Blue Shield Promise Medi-Cal 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.
- Cómo elegir a un médico.
- Cómo cambiar de médico.
- Cómo encontrar médicos, especialistas, farmacias o centros en su área o grupo médico/IPA.
- Cómo acceder a servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), servicios de apoyo a domicilio (IHSS) o servicios múltiples para personas mayores (MSSP).
- Información sobre cómo acceder a las farmacias de pedidos por correo, de infusión a domicilio o de cuidados a largo plazo.

Definición de proveedores de la red

- Dentro de nuestros proveedores de la red se 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.
 - 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 aceptan los pagos de nuestro plan para los servicios cubiertos como pago en su totalidad.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan proporcionar los medicamentos recetados para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

- Excepto en caso de una emergencia, usted debe obtener su medicamento recetado en una de nuestras farmacias de la red si quiere que el plan le ayude a pagarlo.

Para obtener más información, llame a Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página. Tanto Atención al Cliente como nuestra página web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios de los proveedores y las farmacias de nuestra red.

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 nuestro 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, consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros*.

Cada año, le enviamos *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, llame a Atención al Cliente o visite la página web (consulte la información al final de la página).

J4. La Explicación de beneficios

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviamos 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 sus 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 de nuestra Guía para los Miembros** encontrará más información sobre la EOB y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, llame a Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página.



K. Cómo mantener actualizado su registro de miembro

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

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos su información correcta en nuestros registros. Nuestros proveedores y farmacias de la red también necesitan información correcta sobre usted. **Ellos utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le cuestan.**

Infórmenos de inmediato lo siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, la de su cónyuge o la de su pareja de hecho o la 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).
- Está participando en un estudio de investigación clínica. **(Nota:** no tiene que informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que participe o forme parte, pero le sugerimos que lo haga).

Si cambia algún dato, llame a Atención al Cliente.

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

La información en su registro de miembro puede incluir información de salud protegida (PHI). Las leyes estatales y federales nos obligan a mantener la privacidad de la PHI. Nosotros protegemos su PHI. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8 de su Guía para los miembros.**



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

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 nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con su coordinador de la atención y otras personas que actúan como defensores en su nombre. Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Atención al Cliente	18
B. Su coordinador de la atención	20
C. Línea de enfermería	23
D. Línea de crisis de salud conductual.....	23
E. Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP):	24
F. Organización para la mejora de la calidad (QIO):	25
G. Medicare	26
H. Medi-Cal.....	27
I. La Oficina del Defensor del Pueblo	28
J. Servicios sociales del condado.....	28
K. Plan de salud mental especializado.....	30
L. Departamento de Atención Médica Administrada de California	31
M. Recursos adicionales	31



A. Atención al Cliente

LLAME AL	1-800-452-4413 Esta llamada es gratuita. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 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. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
PÁGINA WEB	blueshieldca.com/medicare

Comuníquese con Atención al Cliente si necesita ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamaciones o facturación
- 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.
 - El monto que pagamos 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 el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

- 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 o no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.
- 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). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. 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 al 1-800-452-4413.
 - 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 nuestro 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.
 - Puede presentar un reclamo contra nuestro plan al Programa Ombuds al llamar al 1-888-804-3536.
 - Para obtener más información sobre reclamos de su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos cubiertos por Medicare.
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de Medicare es una decisión sobre los siguientes aspectos:
 - Sus beneficios y medicamentos cubiertos por Medicare.
 - El monto que pagamos por sus medicamentos de Medicare.
 - Los medicamentos no cubiertos por Medicare, como los de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Para obtener más información, visite la página web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/). También puede llamar al Centro de Atención al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273.



- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.
- Apelaciones sobre sus medicamentos de Medicare
 - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los miembros*.
- Reclamos sobre sus medicamentos de Medicare
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye un reclamo sobre sus medicamentos recetados de Medicare.
 - Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos recetados Medicare, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar un reclamo sobre nuestro 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 obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre sus medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.
- Pago de la atención médica o los medicamentos de Medicare que usted ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de su *Guía para los miembros*.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.

B. Su coordinador de la atención

El coordinador de la atención es una persona especialmente capacitada para ayudarle con la coordinación del proceso de atención. El coordinador de la atención será parte de su equipo de atención y servirá como contacto principal para usted. Al inscribirse, un coordinador de la



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

atención le llamará para completar su evaluación de riesgos de salud y su plan de cuidados individualizado. Se trata de herramientas que su coordinador de la atención utilizará para ayudar a identificar y personalizar sus necesidades de atención médica para que se adapten a usted. Puede comunicarse con su coordinador de la atención al llamar al número que aparece a continuación:

LLAME AL	1-888-548-5765. Esta llamada es gratuita. De 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. 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 6:00 p. m., de lunes a viernes.
ESCRIBA A	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856

Comuníquese con su coordinador de la atención si necesita ayuda con lo siguiente:

- 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 los servicios comunitarios para adultos (CBAS) y los centros de enfermería (NF).

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) abarcan una amplia variedad de servicios que ayudan a los adultos que necesitan ayuda para vivir de forma independiente en la comunidad o en un centro 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 su coordinador de la atención o Atención al Cliente para obtener una remisión.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Los LTSS incluyen 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.
- Atención médica a domicilio.

Según el condado en el que viva y su elegibilidad, también puede recibir apoyos comunitarios adicionales a través de su plan Blue Shield Promise Medi-Cal. Su proveedor puede remitirle si cree que puede optar a los apoyos comunitarios o puede ponerse en contacto con Atención al Cliente o con su coordinador de cuidados para obtener más información. Es posible que pueda recibir los siguientes servicios:

- Adaptaciones de accesibilidad del entorno (modificaciones del hogar).
- Servicios de orientación para la transición a la vivienda.
- Depósitos para la vivienda.
- Servicios de alquiler y mantenimiento de la vivienda.
- Comidas de apoyo o comidas adaptadas médicamente.
- Cuidado personal y servicios de empleada doméstica.
- Atención de recuperación (atención de relevo).
- Atención de relevo para cuidadores.
- Alojamiento a corto plazo después de la hospitalización.
- Centros de sobriedad.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

C. Línea de enfermería

La Línea de enfermería de Blue Shield of California ofrece apoyo con personal de enfermería registrado disponible para responder preguntas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 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. Puede contactarse con la línea de enfermería si tiene dudas sobre su salud o su atención médica.

LLAME AL	(877) 304-0504. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 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, los 7 días de la semana.

D. Línea de crisis de salud conductual

LLAME AL	Línea de acceso y crisis de Los Ángeles 1-800-854-7771. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés. Línea de acceso y crisis de San Diego 1-888-724-7240 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
-----------------	--

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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, los siete días de la semana.
------------	---

Póngase en contacto con la Línea de crisis de salud conductual si necesita ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre los servicios de salud conductual y abuso de sustancias.
- Si tiene preguntas sobre los servicios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias, comuníquese con los Servicios de salud conductual de Blue Shield of California Promise Health Plan al (855) 765-9701.

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

E. 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 ayudarlo 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	(800) 434-0222 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 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.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

ESCRIBA A	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95834-1992
PÁGINA WEB	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

Póngase en contacto con HICAP para obtener ayuda con lo siguiente:

- Dudas sobre nuestro plan o 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.
 - Solucionar problemas relacionados con las facturas.

F. 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 conectado con nuestro plan.

LLAME AL	1-877-588-1123 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de sábados a domingos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. y los feriados, de 7 a. m. a 3:30 p. m.
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.
PÁGINA WEB	https://livantaqio.com/en/states/california

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Póngase en contacto con Cuidado centrado en el beneficiario y la familia – Organización para la mejora de la calidad (BFCC-QIO) de Livanta si necesita ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre sus derechos de 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.
 - 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.

G. 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 requiera 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.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



PÁGINA WEB	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 internados y terminales. Esto incluye páginas web y números de teléfono útiles. También incluye documentos 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 y la revisarán con usted.
-------------------	--

H. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa de Medicaid de California. Este es un programa de seguro médico público que proporciona servicios de atención médica para las personas con bajos ingresos, incluidas las familias con niños, las personas mayores, las personas con discapacidades, los hogares de acogida, las mujeres embarazadas y los individuos con enfermedades específicas como la tuberculosis, el cáncer de mama o el VIH/SIDA. Medi-Cal está financiado por el gobierno estatal y federal.

LLAME AL	(800) 541-5555 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	(800) 735-2922 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
PÁGINA WEB	www.dhcs.ca.gov

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



I. La Oficina del Defensor del Pueblo

La Oficina del Defensor del Pueblo funciona como un defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o un reclamo, y puede ayudarle a comprender qué hacer. La Oficina del Defensor del Pueblo puede ayudarle con problemas de servicio o facturación. La Oficina del Defensor del Pueblo no tomará automáticamente posición en una denuncia. Consideran todas las partes de forma imparcial y objetiva. Su trabajo consiste en ayudar a desarrollar soluciones justas a los problemas de acceso a la atención médica. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-888-452-8609 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Esta llamada es gratuita.
ESCRIBA A	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
PÁGINA WEB	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOmbudsman.aspx

J. Servicios sociales del condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de *Servicios sociales y de salud del condado de Los Ángeles o San Diego*, póngase en contacto con el Departamento de Servicios Sociales del condado local.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

LLAME AL	1-866-613-3777. Esta llamada es gratuita. El Departamento de Servicios Sociales Públicos del condado de Los Ángeles 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 los días 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
LLAME AL	1-866-262-9881. Esta llamada es gratuita. Los representantes del Departamento de Salud y Servicios Sociales del condado de San Diego se encuentran disponibles de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. La línea de autoservicio se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las personas que llaman deben ingresar el número de Seguro Social (SSN) para utilizar el sistema.
TTY	1-619-589-4459 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	County of San Diego Health and Human Services Agency PO Box 85027 San Diego, CA 92186
PÁGINA WEB	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

K. 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	Condado de Los Ángeles 1-800-854-7771. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 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. Condado de San Diego 1-888-724-7240. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 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, los 7 días de la semana.

Póngase en contacto con el plan de salud mental especializado del condado si necesita ayuda con 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 externos.*
 - *Tratamiento diurno.*
 - *Intervención y estabilización en caso de crisis.*

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- *Administración de casos orientada.*
- *Tratamiento residencial para adultos.*
- *Tratamiento residencial en caso de crisis.*

L. 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 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.dmhca.gov

M. Recursos adicionales

El programa de defensor del pueblo de la Alianza de consumidores de salud (HCA) ofrece asistencia GRATUITA para ayudar a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener la cobertura de salud y resolver problemas con sus planes de salud.

Si tiene problemas con lo siguiente:

- *Medi-Cal.*
- *Medicare.*

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- *Su plan de salud.*
- *El acceso a servicios médicos.*
- *Apelación de servicios denegados, medicamentos, equipos médicos duraderos (DME), servicios de salud mental, etc.*
- *Facturación médica.*
- *Servicios de apoyo a domicilio (IHSS).*

La Alianza de consumidores de salud ayuda con los reclamos, apelaciones y las audiencias. El número de teléfono de la Alianza de consumidores de salud es 1-888-804-3536.

Cómo ponerse en contacto con la Agencia para la tercera edad del condado de Los Ángeles y de San Diego

Los Servicios para personas de la tercera edad y para fomentar la independencia (AIS) ofrecen servicios a adultos mayores, personas con discapacidades y los miembros de sus familias 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	Los Ángeles 1-888-202-4248 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. San Diego 1-800-510-2020 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.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



ESCRIBA A	Condado de Los Ángeles Los Angeles County Department of Workforce Development, Aging and Community Services 3175 W. 6th St. Los Angeles, CA 90020 Condado de San Diego County of San Diego Health and Human Services Agency 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
PÁGINA WEB	<u>Condado de Los Ángeles</u> <u>https://css.lacounty.gov/</u> Condado de San Diego https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/ais/

Cómo ponerse en contacto con los centros regionales del condado de Los Ángeles y de San Diego.

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 al sitio web mencionado abajo.

LLAME AL	Condado de Los Angeles 1-916-654-1690 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Condado de San Diego 1-858-576-2996 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
-----------------	---

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



TTY	Condado de Los Ángeles 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	Condado de Los Ángeles P.O. Box 944202 Sacramento, CA 94244-2020 Condado de San Diego San Diego Regional Center 4355 Ruffin Rd, Suite 200 San Diego, CA 92123
PÁGINA WEB	<u>www.dds.ca.gov</u>

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	<u>Neighborhood Legal Services of Los Angeles County</u> 13327 Van Nuys Boulevard Pacoima, CA 91131 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



PÁGINA WEB	www.nlsia.org
-------------------	----------------------

Cómo ponerse en contacto con Legal Aid Society of San Diego

Además del centro de consumidores de servicios de salud de Legal Aid Society of San Diego (LASSD) y el programa de servicios CMC Ombuds, LASSD también ofrece una gran variedad de servicios legales dinámicos. LASSD ofrece servicios legales en las áreas de derecho habitacional (por ejemplo, defensa contra desalojo, habitabilidad, violaciones de vivienda digna, etc.), derecho familiar (divorcio, custodia, conflictos por régimen de visitas y manutención, etc.), derecho migratorio (peticiones basadas en la familia, visados U/T, etc.), protección del consumidor (defensa de cobros, conflictos contractuales, etc.) y más.

LLAME AL	1-877-534-2524 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-800-735-2929 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	<u>Southeast San Diego Office</u> 110 S. Euclid Avenue San Diego, CA 92114 <u>Midtown San Diego Office</u> 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110 <u>North County Office</u> 216 S. Tremont Street Oceanside, CA 92054
PÁGINA WEB	www.lassd.org

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro 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 nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de la atención, cómo recibir atención de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (como de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando le facturan directamente servicios cubiertos y las normas para ser propietario del equipo médico duradero (DME). Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores.....	37
B. Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan	38
C. Su coordinador de la atención	40
C1. Qué es un coordinador de la atención.....	40
C2. Cómo ponerse en contacto con su coordinador de la atención	40
C3. Cómo cambiar de coordinador de atención.....	40
D. Proveedores de atención.....	40
D1. Atención de un médico de atención primaria.....	40
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	43
D3. Qué hacer cuando un proveedor deja nuestro plan.....	44
D4. Proveedores fuera de la red.....	45
E. Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por abuso de sustancias)	45
E1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal prestados fuera de nuestro plan	46
F. Servicios de transporte	48
F1. Transporte médico de situaciones no urgentes	48

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



F2. Transporte no médico	50
G. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando es de urgencia o durante un desastre.	51
G1. Atención en una emergencia médica	51
G2. Atención de urgencia	53
G3. Atención durante un desastre	54
H. Qué hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan.....	54
H1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios	54
I. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica.....	55
I1. Definición de un estudio de investigación clínica	55
I2. Pago de los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	56
I3. Más información sobre estudios de investigación clínica	56
J. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	57
J1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	57
J2. Atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	57
K. Equipo médico duradero (DME)	58
K1. DME como miembro de nuestro plan	58
K2. Posesión del DME si se cambia a Original Medicare	58
K3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan	59
K4. Equipos de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare	59

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** incluyen atención médica (como visitas al médico y tratamientos médicos), servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual (incluida la salud mental y el bienestar), medicamentos recetados y medicamentos de venta libre, equipos



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

y otros servicios. Los **servicios cubiertos** incluyen cualquiera de estos servicios que el plan paga. La atención médica, los servicios de salud conductual y los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos se encuentran en el **Capítulo 4 de su Guía para los Miembros**. Los medicamentos recetados y de venta libre se mencionan en el **Capítulo 5 de su Guía para los Miembros**.

Los **proveedores** son los médicos, las enfermeras y otras personas que proporcionan servicios y atención. Entre los proveedores también se incluyen 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** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, por lo general, no paga *nada* por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre servicios de Medicare y cubre o coordina todos los servicios de Medi-Cal. Esto incluye servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).

Nuestro plan coordinará los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y los LTSS que 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 lo incluimos en nuestra Tabla de beneficios que se encuentra en el **Capítulo 4 de su Guía para los Miembros**.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por médicamente necesario, entendemos servicios importantes que son razonables y protegen la vida. Se necesita la atención médicamente necesaria para evitar que los pacientes se enfermen gravemente o queden discapacitados y para reducir el dolor intenso mediante el tratamiento de enfermedades, afecciones o lesiones.
- En el caso de los servicios médicos, debe tener un **médico de atención primaria (PCP)** de la red que haya solicitado la atención o le haya dicho que consulte a otro proveedor. Como miembro del plan, debe elegir a un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, *nuestro plan* debe darle su aprobación antes de que pueda consultar a un proveedor que no sea su PCP o consultar a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina **remisión**. Si no obtiene la aprobación, es

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión para consultar a determinados especialistas, como especialistas en salud de la mujer.

- *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 remite a especialistas y servicios que también están 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 (consulte la sección D1 de este capítulo para obtener más información).
- **Debe recibir la atención de proveedores de la red que estén afiliados al grupo médico de su PCP.** Por lo general, el plan no cubre la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud y el grupo médico de su PCP. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados por proveedores fuera de la red. A continuación, mencionamos algunos casos en los que esta norma no se aplica:
 - Cubrimos la atención de emergencia o de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red (consulte la sección H de este capítulo para obtener más información).
 - Si necesita la atención que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no se la pueden brindar, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red. *Se requiere una autorización que se debe obtener del plan antes de buscar atención.* En este caso, cubrimos la atención como si la recibiera de un proveedor de la red.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentre fuera del área de servicio del plan por un período corto o cuando su proveedor no esté disponible o no se pueda localizar temporalmente. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
 - Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, puede solicitarnos seguir viendo 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** de su *Guía para los Miembros*. 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 coordinador de la atención se comunicará con usted para ayudarle a



encontrar proveedores en nuestra red *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 *ni afiliados al grupo médico de su PCP*.

Nuevos miembros del *Blue Shield TotalDual Plan*: En la mayoría de los casos, se lo inscribirá en Blue Shield TotalDual Plan para sus beneficios de Medicare el día 1 del mes después de que solicite la inscripción en *Blue Shield TotalDual Plan*. Es posible que aún reciba los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Blue Shield Promise Health Plan. No habrá período sin cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-800-452-4413 (TTY: 711).

C. Su coordinador de la atención

C1. Qué es un coordinador de la atención

El coordinador de la atención es una persona especialmente capacitada para ayudarle con la coordinación del proceso de atención. El coordinador de la atención será parte de su equipo de atención y servirá como contacto y fuente de información principal para usted. Después de inscribirse, un coordinador de la atención le llamará para presentarse y ayudarle a completar su evaluación de riesgos de salud para identificar sus necesidades de atención médica.

C2. Cómo ponerse en contacto con su coordinador de la atención

Puede llamar a su coordinador de la salud al 1-888-548-5765, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Una vez que empiece a trabajar con su coordinador de la atención, puede utilizar el teléfono directo de él o ella para ponerse en contacto.

C3. Cómo cambiar de coordinador de atención

Para solicitar cambiar a su coordinador de la atención, puede llamar a 1-888-548-5765, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

D. Proveedores de atención

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

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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 solicite. Puede elegir a un especialista como su PCP si el especialista acepta brindar todos los servicios que los PCP tradicionalmente proporcionan. Para solicitar que su especialista sea su PCP, comuníquese con Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan (el número 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 en el hospital.*
- *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 están afiliados a su grupo médico.

En la mayoría de los casos, debe consultar con su PCP para obtener una remisión antes de consultar 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”.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

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.blueshieldca.com/medicare y buscar el PCP que desea.
- Llamar a Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan para obtener ayuda (el número de teléfono y los horarios de atención se encuentran 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 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 o un hospital de Blue Shield TotalDual 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 blueshieldca.com/MAPDdocuments2023 o solicitarle a Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual 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 nuestro plan. Si su PCP abandona nuestra red de servicios, le podemos ayudar a encontrar un nuevo PCP que se encuentre dentro de la red de servicios.

Puede seguir los pasos indicados previamente 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.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

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. *Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si cambia de PCP, también podría estar cambiando de grupo médico. Cuando solicite el cambio, asegúrese de indicarle al Servicio para los miembros si está viendo a un especialista o recibiendo otros servicios cubiertos que requieran la aprobación del PCP. Servicios para los miembros se asegurará de que, cuando cambie de PCP, usted pueda seguir recibiendo la atención especializada y los demás servicios.*

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de ver a otros Proveedores. Esta aprobación se denomina **remisión**. Los servicios que puede obtener sin la previa aprobación de su PCP son los siguientes:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Atención de urgencia proporcionada por proveedores de la red.
- Atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede obtenerla de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan).

Nota: la atención de urgencia debe ser inmediatamente y médicamente necesaria.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando este 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.
- Las vacunas contra la gripe y la COVID-19, *así como las vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.*
- Atención médica de rutina para las mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos *siempre que se los realice un proveedor de la red.*
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores del Programa para la población india estadounidense, puede recurrir a estos proveedores sin una remisión.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas como los siguientes:

- 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 que usted utiliza puede dejar nuestro plan. Si uno de los proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a proveedores que cumplan con los requisitos.
- Hacemos 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 ayudamos 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 no podemos encontrar un especialista que cumpla con los requisitos de la red que sea accesible para usted, debemos buscar un especialista fuera de la red para que le preste la atención.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

- Si cree que no hemos reemplazado a su anterior proveedor por un proveedor que cumpla con los requisitos o que no estamos administrando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención al QIO, una queja sobre la calidad de la atención o ambas. *Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).*

Si descubre que uno de sus proveedores abandona nuestro plan, póngase en contacto con nosotros. Podemos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención. *Para obtener más información, llame a Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.* Cuando llame, asegúrese de informar a Atención al Cliente si está consultando a un especialista o está recibiendo otros servicios cubiertos que requieren aprobación de su PCP (por ejemplo, servicios de atención médica a domicilio y equipo médico duradero). Atención al Cliente se asegurará de que, cuando cambie su PCP, usted pueda seguir recibiendo la atención especializada y los demás servicios. También comprobarán que el PCP al que se quiere cambiar acepte nuevos pacientes. Atención al Cliente anotará el nombre del nuevo PCP en su registro de miembro y le dirá cuándo entrará en vigencia el cambio a su nuevo PCP.

D4. Proveedores fuera de la red

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

Si usted consulta a un proveedor fuera de la red, 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. Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por abuso de sustancias)

Tiene acceso a servicios de salud conductual médicamente necesarios que estén cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Proporcionamos acceso a los servicios de salud conductual cubiertos por

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Medicare. Nuestro plan no proporciona servicios de salud conductual cubiertos por Medi-Cal, pero estos servicios están disponibles para usted a través del *Departamento de Salud Mental del condado de Los Ángeles (LACDMH)* y el *Departamento de Salud Pública del condado de Los Ángeles (LACDPH)* y los *Servicios de salud conductual del condado de San Diego*.

E1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal prestados fuera de nuestro plan

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 para acceder a los servicios especializados de salud mental. Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal son proporcionados por el *Departamento de Salud Mental del condado de Los Ángeles (LACDMH)* y el *Departamento de Salud Pública (LACDPH) del condado de Los Ángeles* y los *Servicios de salud conductual del condado de San Diego* incluyen lo siguiente:

- Servicios de salud mental
- 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 Medi-Cal o el Sistema organizado de reparto de medicamentos están disponibles para usted a través del Departamento de Salud Mental del condado de Los Ángeles (*LACDMH*), del Departamento de Salud Pública del condado de Los Ángeles (*LACDPH*) y de los *Servicios de salud conductual del condado de San Diego* si cumple los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de medicamentos de Medi-Cal que son proporcionados por el *LACDMH*, el *LACDPH* y los *Servicios de salud conductual del condado de San Diego* incluyen lo siguiente:

- 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
- Servicios de tratamiento con naltrexona para casos de dependencia opiode

Los servicios del Sistema organizado de distribución de medicamentos de Medi-Cal incluyen lo siguiente:

- Servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- Medicamentos para el tratamiento de la adicción (también llamado Tratamiento asistido con medicamentos)
- Tratamiento residencial/para pacientes hospitalizados
- Control de la abstinencia
- Servicios de tratamiento para dejar los narcóticos
- Servicios de recuperación
- Coordinación de la atención

Además de los servicios mencionados anteriormente, puede tener acceso a servicios de desintoxicación voluntaria para pacientes hospitalizados si cumple con los criterios.

Disponibilidad de servicios de salud conductual

Tiene a su disposición una variedad completa de servicios. Puede autoremitirse 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 referencia (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 Ángeles, Prevención y control de abuso de sustancias (llame al 888-742-7900 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana).
- Servicios de salud conductual del condado de San Diego – Servicios de trastornos por abuso de sustancias (llame al 888-724-7240 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana).



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

- Línea de salud conductual de Blue Shield TotalDual 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 TotalDual 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 utilizados tanto por Blue Shield TotalDual 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 TotalDual Plan y el condado

Si usted recibe servicios de Blue Shield TotalDual Plan o del condado, puede ser remitido a la otra entidad de acuerdo con sus necesidades. Blue Shield TotalDual Plan o el condado pueden remitirlo al llamar a la entidad a la que se remite. Además, el Proveedor que realiza la remisión debe completar un formulario de remisión que se enviará a la entidad a la que lo remiten.

Proceso de resolución de problemas

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

F. Servicios de transporte

F1. Transporte médico de situaciones no urgentes

Tiene derecho a un transporte médico no urgente si tiene necesidades médicas que no le permiten utilizar un coche, un autobús o un taxi para acudir a sus visitas. El transporte médico que no sea de emergencia puede proporcionarse para servicios cubiertos como visitas médicas, odontológicas, de salud mental, de uso de sustancias y de farmacia. Si necesita un transporte médico que no sea de emergencia, puede ponerse en contacto con Call the Car directamente al 1-877-433-2178 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana o utilizar la aplicación móvil CTC Go para programar, editar, seguir y cancelar reservas. Las reservas de las visitas no urgentes se deben realizar con 24 horas de anticipación antes de la



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

visita. Su proveedor o nuestro proveedor de transporte, Call the Car, pueden ayudarle a decidir el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades.

El transporte médico no urgente es una ambulancia, una furgoneta, una furgoneta adaptada para sillas de rueda o un transporte aéreo. Blue Shield TotalDual Plan permite el modo de transporte cubierto de menor coste y el transporte médico no urgente más adecuado para sus necesidades médicas cuando necesite que lo lleven a su visita. Por ejemplo, si puede ser transportado física o médicamente por una furgoneta adaptada para sillas de rueda, Blue Shield TotalDual Plan no pagará una ambulancia. Sólo tiene derecho al transporte aéreo si su estado de salud hace imposible cualquier forma de transporte terrestre.

El transporte médico no urgente debe utilizarse en las siguientes situaciones:

- Lo necesita física o médicamente, según la autorización por escrito de su otro proveedor porque no puede utilizar un autobús, un taxi, un coche o una furgoneta para llegar a su visita.
- Necesita asistencia del conductor desde y hasta su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una condición física o mental.

Para **visitas de urgencia**, llame lo antes posible. Las visitas de urgencia no requieren un aviso previo de 24 horas. Las visitas de urgencia incluyen lo siguiente:

- Diálisis.
- Alta.
- Seguimiento de la cirugía.
- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Traslado de hospital a hospital/ establecimientos de enfermería especializados (SNF).
- Atención de las heridas.
- Centros de atención de urgencia.

Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Límites del transporte médico

Blue Shield TotalDual Plan cubre el transporte médico de menor coste que satisfaga sus necesidades médicas desde su domicilio hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. No se proporcionará transporte médico si Medicare o Medi-Cal no cubren el



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

servicio. Si el tipo de visita está cubierto por Medi-Cal, pero no a través del plan de salud, Blue Shield TotalDual Plan le ayudará a programar su transporte. En el Capítulo 4 de esta guía, se encuentra una lista de servicios cubiertos. El transporte no está cubierto fuera de la red o del área de servicio del Blue Shield TotalDual Plan, a menos que esté preautorizado.

F2. Transporte no médico

Los beneficios de transporte no médico incluyen el viaje de ida y vuelta a sus visitas por un servicio autorizado por su proveedor. Puede conseguir que lo transporten, sin coste alguno, en las siguientes situaciones:

- Va hacia y vuelve de una visita para un servicio autorizado por su proveedor.
- Busca recetas y suministros médicos.

Blue Shield TotalDual le permite utilizar un coche, taxi, autobús u otro medio público o privado para llegar a su visita no médica para los servicios autorizados por su proveedor. El Blue Shield TotalDual Plan utiliza Call the Car para organizar el transporte no médico. Cubrimos el tipo de transporte no médico de menor coste que se ajuste a sus necesidades.

A veces, se le pueden reembolsar los viajes en un vehículo privado que usted organice. Blue Shield TotalDual Plan debe aprobar esto **antes** de que usted obtenga el transporte y usted debe informarnos por qué no puede utilizar otro transporte, como el autobús. Para informarnos, puede llamar o enviar un correo electrónico, o lo puede hacer en persona. **No se le puede reembolsar por conducir usted mismo.**

Para obtener el reembolso del millaje, se requiere lo siguiente:

- El permiso de conducir del conductor.
- La matrícula del vehículo del conductor.
- Un comprobante del seguro del automóvil para el conductor.

Para solicitar que lo llevemos, póngase en contacto con Call the Car al 1-877-433-2178 (TTY: 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, con al menos veinticuatro (24) horas de anticipación (de lunes a viernes) antes de su visita. Para **visitas de urgencia**, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Nota: los indios nativos de Estados Unidos pueden ponerse en contacto con su Clínica de salud indígena local para solicitar transporte no médico.

Límites del transporte no médico

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Blue Shield TotalDual Plan proporciona el transporte no médico de menor coste que satisfaga sus necesidades desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una visita disponible. **No puede conducir usted mismo ni ser reembolsado directamente.**

El transporte no médico **no** se aplica en los siguientes casos:

- Se necesita un transporte en ambulancia, camioneta para personas discapacitadas y silla de ruedas u otra forma de transporte médico que no sea de emergencia para llegar a un servicio.
- Necesita asistencia del conductor desde y hasta la residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una condición física o afección médica.
- Está en silla de ruedas y no puede subirse ni bajarse del vehículo sin ayuda del conductor.
- El servicio no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.

G. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando es de urgencia o durante un desastre.

G1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una condición 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.
- Un grave deterioro de las funciones corporales.
- Una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo.
- 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.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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 necesaria la aprobación o la remisión del PCP. No es necesario que utilice un proveedor de la red de servicios. Usted puede obtener atención médica de emergencia cuando lo necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios o en todo el mundo, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada.
- **Infórmele a nuestro plan lo antes posible acerca de la emergencia.** Haremos 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 TotalDual Plan al 1-800-452-4413, 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

En 2023, Blue Shield TotalDual 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.

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 el **Capítulo 4** de su *Guía para los Miembros*.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos y sus territorios en las siguientes circunstancias, sin límite anual combinado. Consulte “Atención de emergencia” y “Servicios de atención de urgencia” en la Tabla de beneficios médicos en Capítulo 4 de este Documento para obtener más información sobre cuánto paga.

Los proveedores que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la condición y finaliza la emergencia médica. Lo seguirán tratando, y nos contactarán para hacer planes si necesita recibir atención de seguimiento para mejorarse.

Nuestro plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe la atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos que otros proveedores de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible.

Recibir atención de emergencia si no se trataba de una emergencia

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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.

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

- Utiliza un proveedor de la red de servicios.
- La atención que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las normas (consulte la Sección H2) para obtenerla.

G2. Atención de urgencia

La atención de urgencia se refiere a la atención que se obtiene por una situación que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo, es posible que tenga una exacerbación de una afección existente o un dolor de garganta grave que se produce durante el fin de semana y necesita tratamiento.

Atención de urgencia dentro del área de servicio de nuestro 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.
- Sigue las normas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable 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 fuera del área de servicio de nuestro 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 cubre la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Blue Shield TotalDual 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.

Si necesita atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, puede llamar al Centro de Servicios Blue Shield Global Core de manera gratuita al **(800) 810-2583**, o realizar una llamada de cobro revertido al (804) 673-1177, las 24 horas, los siete días de la semana. En caso de emergencia, acuda directamente al hospital más cercano. También debe llamar al



número de teléfono de Atención al Cliente que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro. Como parte de este servicio, para la atención hospitalaria, puede comunicarse con el Centro de Servicios Blue Shield Global Core para disponer el acceso sin efectivo. Si dispone el acceso sin efectivo, usted es responsable de los gastos de bolsillo habituales, como los cargos y copagos no cubiertos. Si no dispone el acceso sin efectivo, tendrá que pagar la factura completa de su atención médica y presentar una solicitud de reembolso (consulte el Capítulo 2, *Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió*).

G3. 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 declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de nuestro plan.

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

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 *sin costo alguno para usted*. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros*.

H. 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 no podamos realizar el reembolso.

Si pagó por los servicios cubiertos o si pagó más de los costos compartidos de su plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 de su Guía para los Miembros para saber qué debe hacer.

H1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- Que se hayan determinado necesarios.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Que figuren en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de su *Guía para los Miembros*).
- 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 de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros* explica qué hacer si quiere solicitarnos que cubramos un servicio médico o artículo. También le informa cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Atención al Cliente para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si pasa ese límite, pagará el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame a Atención al Cliente para averiguar cuáles son los límites de los beneficios y cuánto ha utilizado.

I. Cobertura de servicios en un estudio de investigación clínica

I1. 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. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente solicita voluntarios para participar en el estudio.

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. Debe entender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Mientras participa en el estudio, puede seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, nuestro plan seguirá cubriéndole los servicios y la atención 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.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Blue Shield Promise Medi-Cal Plan cubre los costos de atención de rutina para los pacientes aceptados en ensayos clínicos de Fase I, Fase II, Fase III o Fase IV si están relacionados con la prevención, la detección o el tratamiento de cáncer u otras afecciones que ponen en riesgo la vida, y si el estudio lo lleva a cabo la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Los estudios deben estar aprobados por los Institutos Nacionales de la Salud, la FDA, el Departamento de Defensa o la Administración de veteranos.

Le recomendamos que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

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

I2. 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. 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 servicios y productos 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 deberá pagar todos los costos de su participación en el estudio.

I3. 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) durante las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

J. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

J1. 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. Este beneficio es solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de atención no médica).

J2. 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 se considera **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.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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.

K. Equipo médico duradero (DME)

K1. DME como miembro de nuestro plan

El DME incluye ciertos artículos médicamente necesarios solicitados por un proveedor, como 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 alquile. En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Como miembro de nuestro plan, *por lo general no* será propietario del DME, independientemente de cuánto tiempo lo alquile.

En determinadas situaciones, Blue Shield TotalDual Plan le puede transferir la posesión del artículo de 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.

*Incluso si tuvo el DME por hasta 12 meses consecutivos en Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, **no** será propietario del equipo.*

K2. Posesión del DME si se cambia a Original Medicare

Si no obtuvo la posesión del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo después de cambiar a Original Medicare para tener la posesión del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en el plan **no** se considerarán para los 13 pagos consecutivos.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Si realizó menos de 13 pagos por el DME en Original Medicare **antes** de unirse a nuestro plan, estos pagos anteriores no se tendrán en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de volver a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

K3. 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, cubrimos 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.
- 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.

K4. Equipos de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare

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**, su proveedor debe proporcionar:

- Los equipos de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- 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 proporcionará 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.



Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo hace referencia a los servicios que cubre nuestro 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 claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su Guía para los Miembros.

Nuevos miembros del Blue Shield TotalDual Plan: En la mayoría de los casos, se lo inscribirá en Blue Shield TotalDual Plan para sus beneficios de Medicare el día 1 del mes después de que solicite la inscripción en Blue Shield TotalDual Plan. Es posible que aún reciba los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Blue Shield Promise Medi-Cal Plan. No habrá período sin cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-800-452-4413 (TTY: 711).

Índice

A. Sus servicios cubiertos y los costos que paga de su bolsillo	62
B. Normas contra proveedores que cobran por servicios.....	62
C. Información sobre la Tabla de beneficios de nuestro plan	62
D. La Tabla de beneficios de nuestro plan	65
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	134
E1. Transiciones a la comunidad de California (CCT)	134
E2. Programa odontológico de Medi-Cal	135
E3. Cuidados para enfermos terminales.....	135
F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal	136

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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

Este capítulo hace referencia a los servicios que cubre nuestro plan y *cuánto debe pagar usted por cada uno*. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el **Capítulo 5**. *En este capítulo, también se explican los límites que tienen 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 *coordinador de la atención* o a *Atención al Cliente* al 1-800-452-4413 (TTY: 711).

B. Normas contra proveedores que cobran por servicios

No permitimos que nuestros proveedores de la red de servicios le facturen 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.** Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de su *Guía para los Miembros* o llame a Atención al Cliente.

C. Información sobre la Tabla de beneficios de nuestro plan

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

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

- Debemos brindarle los servicios que cubren Medicare y Medi-Cal 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 necesarios” 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

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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. Un proveedor de la red 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. En el **Capítulo 3** de su Guía para los Miembros se incluye más información sobre cómo usar los proveedores de la red de servicios y fuera de la red.
- 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 utilizar un proveedor que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red de servicios del plan. Esto se denomina remisión. En el **Capítulo 3** de su Guía para los Miembros se incluye más información sobre cómo obtener una remisión y cuándo **no** necesita una.
- Debe recibir atención de proveedores que estén afiliados al grupo médico de su PCP. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su Guía para los Miembros.
- Cubrimos algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red de servicios obtienen nuestra aprobación primero. Esto se denomina autorización previa. Señalamos los servicios cubiertos que necesitan autorización previa con letra cursiva en la Tabla de beneficios.
- *Si se encuentra dentro del período de seis meses de lo que nuestro plan considera elegibilidad continuada, seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, Blue Shield TotalDual Plan no cubrirá los beneficios de Medi-Cal (Medicaid) que estén incluidos conforme a Medi-Cal (Medicaid), ni pagaremos las primas ni los costos compartidos de Medicare de los que el estado debería hacerse cargo si no hubiera perdido su elegibilidad para Medi-Cal (Medicaid). El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare en este plan podrían aumentar durante el período posterior al momento en que pierde la elegibilidad para Medi-Cal (Medicaid).*
- *Todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.*
- **Apoyos comunitarios:** es posible que los apoyos comunitarios estén disponibles en su Plan de atención personalizado. Los apoyos comunitarios son servicios o entornos alternativos médicamente apropiados y rentables. Estos servicios son opcionales para

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



los miembros. Si cumple con los requisitos, estos servicios pueden ayudarle a vivir de forma más independiente. No reemplazan los beneficios que usted ya recibe en virtud de Medi-Cal. Algunos ejemplos de apoyos comunitarios que ofrecemos incluyen alimentos y comidas que respalden la salud o comidas adaptadas para la salud, ayuda para usted o su cuidador, o asas de sujeción y rampas para la ducha. Algunos ejemplos de servicios de apoyos comunitarios que Blue Shield TotalDual 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. Si necesita ayuda o quisiera saber cómo los servicios de apoyos comunitarios pueden ayudarlo, comuníquese con su coordinador de atención o con su proveedor de atención médica.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

D. La Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos 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

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Acupuntura (cubierta por Medicare y Medi-Cal) Pagamos un máximo de dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios cada mes calendario o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si tiene dolor crónico en la zona lumbar, que tenga las siguientes características: • Dura 12 semanas o más. • No es específico (no tiene una causa sistémica identificable, por ejemplo, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. Además, pagamos 8 sesiones adicionales de acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar si muestra mejora. No puede obtener más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar por año. Los tratamientos de acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar deben interrumpirse si usted no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (según lo establecido en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los auxiliares médicos (PA), los profesionales en enfermería (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (según lo identificado en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente: • Un máster o un título de nivel de doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM). • Una licencia actual, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o territorio autónomo (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0
---	------------



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Acupuntura (continuación) El personal auxiliar que brinde servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en el Título 42, Secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (CFR). 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 TotalDual Plan o ir a blueshieldca.com/find-a-doctor para encontrar a un proveedor participante de ASH Plans.	
Servicios de acupuntura (no cubiertos por Medicare) Se brindan beneficios para la evaluación y el tratamiento de acupuntura proporcionados por un doctor en medicina, un acupunturista autorizado u otro proveedor de atención médica debidamente autorizado o certificado. • Exámenes iniciales y posteriores. • Visitas y ajustes en el consultorio. • Terapias complementarias. 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 TotalDual Plan o ir a blueshieldca.com/find-a-doctor para encontrar a un proveedor participante de ASH Plans. *Los servicios no se aplican al límite máximo del plan de costos que paga de su bolsillo.	Usted paga \$0 (límite de hasta 12 visitas por año).



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios de telesalud adicionales Teladoc ofrece consultas con un médico por teléfono o en línea. 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 (1-800-835-2362) (TTY: 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. *Los servicios no se aplican al límite máximo del plan de costos que paga de su bolsillo.	\$0
 Detección y orientación de abuso de alcohol Pagaremos una sola prueba de detección de abuso de alcohol (SBIRT) para adultos que abusen del alcohol, pero que no tengan una dependencia. Esto incluye mujeres embarazadas. Si su prueba de detección arroja un resultado positivo para el abuso de alcohol, puede obtener hasta cuatro sesiones de asesoramiento breves y personales por año (si es capaz y está alerta durante el asesoramiento) con un médico de atención primaria calificado o un médico en un establecimiento de atención primaria.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

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 (helicóptero). 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.		\$0
Examen físico anual Tiene cobertura para un examen físico de rutina cada 12 meses, además de su visita 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.		\$0
 Visita anual de bienestar Debería realizarse 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. Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. No obstante, no es necesario haber realizado la visita “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.		\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios preventivos para el asma Puede recibir educación sobre el asma y una evaluación del entorno en el hogar para los desencadenantes que se encuentran generalmente en el hogar para personas que padecen asma mal controlada.	\$0
	Medición de la masa ósea Pagamos 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 detección de cáncer de mama (mamografías) Pagamos 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. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	\$0
	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Pagamos por servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones con una <i>remisión</i> de un médico. También cubrimos programas de rehabilitación cardíaca intensivos, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 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, su médico puede hacer lo siguiente: • Hablar sobre el uso de la aspirina. • Controlar la presión arterial. • 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
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Pagamos 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 cinco años.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios quiroprácticos Pagamos los siguientes servicios: • Ajustes de la columna vertebral para lograr la alineación. • Exámenes iniciales y posteriores. • Visitas al consultorio y ajustes quiroprácticos. • Terapias complementarias. • Radiografías y pruebas de laboratorio (solo quiropráctica). 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 TotalDual Plan o ir a blueshieldca.com/find-a-doctor para encontrar a un proveedor participante de ASH Plans. *Los servicios no se aplican al límite máximo del plan de costos que paga de su bolsillo.	\$0 \$0 (la cobertura se limita a 12 visitas por año por los servicios no cubiertos por Medicare).



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Para personas mayores de 50 años, pagamos 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). • Colonoscopia (o enema de bario de detección) para personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cada 24 meses.	\$0
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.	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 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: • Pagamos 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: • Pagamos 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



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios odontológicos Ciertos servicios odontológicos, incluidas, entre otras, las limpiezas, los empastes y las dentaduras, están disponibles a través del Programa odontológico de Medi-Cal o de FFS Medi-Cal. En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías odontológicas) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos algunos servicios odontológicos de rutina e integrales: Para obtener una lista de los procedimientos odontológicos cubiertos, consulte la <i>Tabla de procedimientos de beneficios odontológicos de rutina</i> al final de la Tabla de beneficios médicos para obtener más información sobre cómo acceder a estos servicios. Los copagos mencionados en la <i>Tabla de procedimientos de beneficios odontológicos de rutina</i> se aplican solo a los servicios recetados por un odontólogo de la red como un procedimiento necesario, adecuado y apropiado para su afección odontológica. Es posible que no todos los beneficios sean adecuados para todos. Debe confiar en su odontólogo de la red para determinar la atención adecuada para usted. La red de proveedores odontológicos es solo una red de odontólogos generales; no hay especialistas en la red de servicios. *Los servicios no se aplican al límite máximo del plan de costos que paga de su bolsillo.	Consulte la <i>Tabla de procedimientos de beneficios odontológicos de rutina</i> al final de la Tabla de beneficios médicos para obtener una lista de los procedimientos odontológicos cubiertos y lo que le corresponde pagar.
 Prueba de detección de depresión Pagamos una sola prueba de detección de depresión cada año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar referencias 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. • 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



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros Pagamos 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. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave, pagamos 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. ○ 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). <i>En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Atención al Cliente.</i> 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.	\$0 • Para los glucómetros, consulte la sección Equipo médico duradero y suministros relacionados a continuación.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios de dula Para embarazadas, pagamos nueve visitas con una dula durante el período prenatal y de posparto, así como apoyo durante el trabajo de parto y el parto.	\$0
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados Consulte el último capítulo de su <i>Guía para los Miembros</i> para obtener una definición de “Equipo médico duradero (DME)”. Cubrimos los siguientes artículos: • Sillas de ruedas, incluidas sillas de ruedas eléctricas. • 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. Este beneficio continúa en la página siguiente.	Glucómetros: • Usted paga \$0 por glucómetros FreeStyle®. • Para obtener, los glucómetros de todos los demás fabricantes a \$0, muestre a su proveedor o farmacéutico sus tarjetas de identificación de beneficiario de Blue Shield TotalDual Plan y Medi-Cal.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) Cubrimos todos los DME que sean médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. Es posible que se apliquen normas de autorización. <i>Se necesitará una aprobación por adelantado (a veces llamada “autorización previa”) de nosotros si usted o su proveedor desean solicitar equipo médico duradero proporcionado por un proveedor no preferido.</i>	



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

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. • Son necesarios para tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una condición 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. • Un grave deterioro de las funciones corporales. • Una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo. • 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. Cobertura en todo el mundo.* Usted no tiene un límite anual combinado para servicios de emergencia o de urgencia fuera de los Estados Unidos por año. *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.	\$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que su emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención, <i>O BIEN</i>, si debe recibir atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red que el plan autorice, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.



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. Pagamos 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 cubrimos otros servicios de planificación familiar. No obstante, debe utilizar un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios: • Tratamiento de condiciones médicas relacionadas con la infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Exámenes genéticos.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

	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. • Línea directa de información de enfermería. Programas que le ayudan a mantenerse saludable. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Materiales educativos impresos sobre la salud, incluidos boletines informativos. • Programas educativos. • Programas educativos que se centran en afecciones, como las siguientes: ○ Presión arterial alta ○ Colesterol ○ Asma ○ Dieta especial • Programas educativos diseñados para enriquecer su salud y estilo de vida, incluidos los siguientes: ○ Control del peso ○ Acondicionamiento físico ○ Control del estrés NurseHelp 24/7 Tenga un diálogo confidencial en línea con un miembro del personal de enfermería registrado, las 24 horas del día. Cuando tenga una inquietud médica, llame a nuestra línea directa de información sin cargo para hablar con un miembro del personal de enfermería registrado, quien escuchará sus inquietudes y lo ayudará a obtener una solución. Llame al 1-877-304-0504 (TTY: 711). Durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0 para materiales educativos impresos sobre la salud, incluidos boletines informativos. \$0 para programas educativos brindados en un lugar aprobado por el plan. \$0
---	--	--



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación)* Programa de acondicionamiento físico de SilverSneakers® SilverSneakers puede ayudarle a vivir una vida más saludable y activa a través de un programa de acondicionamiento físico y conexión social. Tiene cobertura de un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en las sucursales participantes¹. Usted tiene acceso a instructores que dirigen clases de ejercicio en grupo especialmente diseñadas². En las sucursales participantes de todo el país¹, usted puede tomar clases², además de usar los equipos para hacer ejercicio y otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX® le ofrece opciones para hacer actividad fuera de los gimnasios tradicionales (como centros de recreación, centros comerciales y parques). SilverSneakers también le conecta con una red de apoyo y clases virtuales a través de videos de SilverSneakers LIVE™, SilverSneakers On-Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™. También tiene acceso a Stitch³, un sitio social en línea para personas mayores, donde puede participar en persona y realizar actividades y eventos en línea. Todo lo que necesita para empezar es su número de identificación personal de SilverSneakers. Visite SilverSneakers.com para obtener más información sobre sus beneficios o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del este). Siempre consulte con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios. ¹Las sucursales participantes no son propiedad ni están operadas por Tivity Health, Inc. o sus filiales. El uso de las instalaciones y los servicios de las ubicaciones participantes está limitado a los términos y las condiciones de la membresía básica de dichas ubicaciones participantes. Las instalaciones y los servicios varían según la sucursal participante. ²La membresía incluye clases grupales de acondicionamiento físico dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunas sucursales ofrecen clases adicionales para los miembros. Las clases varían según la sucursal. ³Stitch es un proveedor externo y no es propiedad ni está operado por Tivity Health o sus filiales. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación)* Los miembros de SilverSneakers deben tener acceso al servicio de Internet para acceder al servicio de Stitch. Los cargos por el servicio de Internet son responsabilidad del miembro de SilverSneakers. Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS): un sistema de monitoreo de alerta médica que brinda acceso a la ayuda durante las 24 horas, los 7 días de la semana, con solo presionar un botón. Sus beneficios de PERS son provistos por LifeStation® e incluyen lo siguiente: • Un sistema personal de respuesta ante emergencias. • Elección de un sistema en el hogar o dispositivo móvil con GPS/WiFi. • Monitoreo mensual. • Cargadores y cables necesarios. Para obtener el Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS) y comenzar a recibir servicios, llame al equipo de LifeStation al 1-855-672-3269 (TTY: 711), durante las 24 horas del día, los siete días de la semana o visite blueshieldca.com/PERS. *Los servicios no se aplican al límite máximo del plan de costos que paga de su bolsillo.	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. - Exámenes de audición de rutina (no cubiertos por Medicare) (requieren aprobación previa de su PCP)*. - Audífonos*. *Los servicios no se aplican al límite máximo del plan de costos que paga de su bolsillo.	- Usted paga \$0 por exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare. - Usted paga \$0 por un examen de audición de rutina por año. - Usted paga \$0 por la evaluación/ colocación de audífonos. - Usted paga \$0 por 2 audífonos (todos los tipos, ambos oídos combinados) con un precio máximo de \$2,000 por año. Si elige audífonos con un precio superior a \$2,000, usted es responsable de la diferencia.
 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. - 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 pagamos las pruebas de detección de VIH adicionales cuando lo recomienda su proveedor.	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Atención 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. Pagamos 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.	<i>\$0 por cada visita de atención médica a domicilio cubierta.</i>



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Tratamiento de infusión en el hogar Nuestro plan paga 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. • Suministros, como una sonda o un catéter. Nuestro plan cubre 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. • 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.	<i>\$0 por cada visita de tratamiento de infusión en el hogar cubierta.</i>
Entrega de comidas a domicilio Después de recibir el alta de un hospital para pacientes hospitalizados o un centro de atención de enfermería especializada, 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 se limita a dos altas por año. Para obtener más información, llame a Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). *Los servicios no se aplican al límite máximo del plan de costos que paga de su bolsillo.	<i>\$0 por cada entrega de comidas a domicilio cubierta.</i>



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Cuidados para enfermos terminales 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. Puede recibir atención de cualquier programa de centros para enfermos terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de centros para enfermos terminales certificados por Medicare. El médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red de servicios o fuera de la red. 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. • Atención médica a domicilio. 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 más información, consulte la Sección F de este capítulo. Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: • Nuestro plan cubre los servicios que no cubran la Parte A o la Parte B de Medicare. Cubrimos los servicios, ya sea que se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal o no. Usted no paga <i>nada por</i> estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de Medicare de nuestro plan: • Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su Guía para los Miembros. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Cuidados para enfermos terminales (continuación) Nota: Si necesita cuidados que no son para enfermos terminales, debe comunicarse con su coordinador 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. Nuestro plan cubre los servicios de consulta con centros para enfermos terminales (una única vez) para un miembro que padece una enfermedad terminal y no ha elegido el beneficio de centros para enfermos terminales.	
 Inmunizaciones Pagamos 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. • Vacunas 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. Pagamos otras vacunas que respeten las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de su Guía para los Miembros para obtener más información. También cubrimos todas las vacunas para adultos según lo recomienda el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).	\$0 por la inmunización cubierta por la Parte B de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Atención para pacientes hospitalizados Pagamos 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. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • 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 trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red se brindan fuera del patrón de atención de la comunidad, usted puede elegir recibir sus servicios de trasplante localmente, siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Blue Shield Promise TotalDual Plan brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0 Debe obtener la aprobación de nuestro plan para seguir recibiendo atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que se establezca la emergencia.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Atención para pacientes hospitalizados (continuación) • Atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar cabo el trasplante en este lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante†. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. • Servicios médicos. Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor deberá redactar la orden de admisión hospitalaria formal. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted hospitalizado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. †Los trasplantes están cubiertos solo si el médico o los demás proveedores de la red de servicios obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”).	



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Pagamos los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. • Si necesita servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente, pagamos los primeros 190 días. Después, la agencia local de salud mental del condado paga los servicios de psiquiatría médicamente necesarios para pacientes hospitalizados. La autorización para la atención que supere los 190 días se coordina 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



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta No pagamos hospitalizaciones que no sean razonables ni médicamente necesarias. 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. Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista: • Servicios del médico. • 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 odontológicos, 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). ○ 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 un cambio en su condición. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios y suministros para la enfermedad renal Pagamos los siguientes servicios: • Servicios educativos sobre enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe darle una remisión. Cubrimos 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 el Capítulo 3 de su <i>Guía para los Miembros</i> o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente. • 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.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 Prueba de detección de cáncer de pulmón Nuestro plan paga la prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses en los siguientes casos: • Si usted tiene entre 50 y 77 años. • Si tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor que cumple con los requisitos. • 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, nuestro plan paga otra prueba de detección cada año con una solicitud escrita de un médico u otro proveedor que cumpla con los requisitos.	\$0
 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 <i>remite</i> su médico. Pagamos tres horas de servicios de orientación individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales en caso de que sean médicamente necesarios. Después, pagamos dos horas de servicios de orientación individual cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la <i>remisión</i> de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la <i>remisión</i> cada año si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales en caso de que sean médicamente necesarios.	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Nuestros planes pagan los servicios del 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. • Actividad física aumentada. • Formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga 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. Pagamos estos medicamentos 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. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0 (enseñe a su médico o farmacia su tarjeta de identificación de Blue Shield TotalDual Plan y su tarjeta de identificación de beneficios médicos).



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<i>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</i> • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, que incluyen heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea medicamento necesario), anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • 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. En el Capítulo 5 de su Guía para los Miembros, se explica nuestro beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Se explican las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para medicamentos recetados. En el Capítulo 6 de su Guía para los Miembros, se explica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.	



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

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 pagamos 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



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

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. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red. 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 un centro de atención 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.	
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para mantener el peso bajo Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos 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 con opioides (OTP) Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar los trastornos relacionados con el uso de opioides (OUD): • Actividades de ingesta. • 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 consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Análisis para detectar drogas o químicos en el cuerpo (pruebas toxicológicas).	\$0
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios Pagamos 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. <i>Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

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/media/11101. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados 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. 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 de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0
--	------------



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted hospitalizado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. <i>Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i>	



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Pagamos 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. Pagamos 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. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0 por cada visita de terapia individual o grupal.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Pagamos por fisioterapia, terapia ocupacional y 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.	\$0
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Pagamos 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.	\$0 por cada visita de terapia individual o grupal.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Cirugía para pacientes ambulatorios Pagamos la cirugía y los servicios para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”.	\$0 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio y centro hospitalario para pacientes ambulatorios.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Productos de venta libre (OTC) Tiene derecho a una asignación trimestral de \$210 para los medicamentos y suministros que figuran en el catálogo de 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 venta libre y las instrucciones de pedido están disponibles en línea en blueshieldca.com/medicareOTC. Puede pedir artículos por teléfono llamando al (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 blueshieldca.com/medicareOTC. 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 aplican algunas limitaciones. Para obtener más información, consulte el catálogo de OTC. *Los servicios no se aplican al límite máximo del plan de costos que paga de su bolsillo.	\$0
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, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio para pacientes ambulatorios en un hospital.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios de médicos o de proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico Pagamos 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 <i>médico de atención primaria</i> si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento. <i>Determinados servicios de telesalud, incluidos los servicios del médico para tratar 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.</i> ○ 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. ○ Consulte la sección “Servicios de telesalud adicionales” en la Tabla de beneficios médicos para obtener más información. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa 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. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$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 diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular. • Servicios de telesalud para los miembros con un trastorno por abuso de sustancias o trastornos de salud mental simultáneos. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera visita de telesalud. ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ En ciertas circunstancias, pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionadas por clínicas de salud rurales y centros de salud aprobados por el gobierno federal. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o a través de una videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si se cumple lo siguiente: ○ No es un paciente nuevo. ○ El control no se relaciona con una visita en el consultorio correspondiente a los últimos 7 días. ○ 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 se cumple lo siguiente: ○ No es un paciente nuevo. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios de médicos o de proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación) ○ La evaluación no se relaciona con una visita en el consultorio correspondiente a los últimos 7 días. ○ La evaluación no implica una visita en el consultorio dentro de las 24 horas o de la cita disponible más próxima. • 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 <i>de otro proveedor de la red de servicios</i> 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.	
Servicios de podiatría Pagamos los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen condiciones que comprometen las piernas, como la diabetes. • Cuidado de los pies de rutina (no cubierto por Medicare)*.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años de edad o más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (PSA).	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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. Pagamos 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 fue retirada o dañada como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito. • Cremas y pañales para la incontinencia. También pagamos algunos suministros relacionados con los dispositivos protésicos. Además, pagamos 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 en esta tabla.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos por los programas de rehabilitación pulmonar para afiliados que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave. Debe tener una <i>remisión</i> para la rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC. Pagamos los servicios respiratorios para pacientes que dependen de un respirador.	\$0
	Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y orientación Pagamos 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 pagamos 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. Pagamos 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



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) Pagamos 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. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red. 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 vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería). • Un centro de atención de enfermería donde su cónyuge o pareja viva en el momento en que usted se retire del hospital.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Terapia de ejercicio supervisada (SET) Pagamos la SET para miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática que tengan una remisión para dicha enfermedad del médico responsable de su tratamiento. Nuestro plan paga 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). • 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. • Ser brindado por personal calificado que pueda asegurarse de que los beneficios superan los daños y que esté capacitado en la terapia de ejercicio para PAD. • 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. La SET puede cubrirse para más de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante una extensión del plazo, si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Transporte: 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. Es posible que se requiera una autorización previa, según el servicio. Nota: Call the Car coordina los arreglos para el transporte. Los miembros deben llamar a Call the Car al (855) 200-7544 (TTY: 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los arreglos del transporte se deben realizar al menos veinticuatro (24) horas antes. Call the Car ofrece una aplicación móvil (CTC-Go) que los miembros de Blue Shield TotalDual Plan pueden utilizar para coordinar el transporte de atención médica. CTC-Go le permite revisar las próximas o anteriores reservas, definir la tarifa su viaje, realizar un seguimiento de su conductor, cancelar una reserva existente y programar una nueva reserva. CTC-Go está disponible para iOS y Android. Busque en la tienda de aplicaciones “CTC-Go” y descargue la aplicación. <i>*Los servicios no se aplican al límite máximo del plan de costos que paga de su bolsillo.</i>	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Transporte: 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. Se requiere el transporte a fin de obtener la atención médica que necesita, incluidos viajes a las citas odontológicas y a retirar medicamentos recetados. Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia.	\$0
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. • Una enfermedad médica repentina. • Una lesión. • 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 cuando no pueda acceder a proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan o durante el fin de semana). Cobertura en todo el mundo*. Usted no tiene un límite anual combinado para servicios de emergencia o 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. *Los servicios no se aplican al límite máximo del plan de costos que paga de su bolsillo.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Cuidado de la vista* Pagamos los siguientes servicios: - Examen de la vista de rutina. - Lentes de contacto y anteojos (marcos y lentes). Se requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para un examen de la vista de rutina y los materiales. Utilice el <i>Directorio de servicios de la vista</i> o consulte blueshieldca.com/find-a-doctor para encontrar a un proveedor participante en la red de Vision Service Plan (VSP) (administrador de servicios de la vista de Blue Shield). *Los servicios no se aplican al límite máximo del plan de costos que paga de su bolsillo. Pagamos 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, pagamos 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. - 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.	Usted paga \$0 por un examen al año. Usted paga hasta \$0 por <u>cada</u> lente de contacto O por un par de anteojos (marcos y lentes) con un precio de hasta \$350 por año. Si elige lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes) con un precio superior a \$350, usted debe pagar la diferencia.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” Cubriremos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por una 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). • Remisiones para otro tipo de atención que pueda necesitar. Nota: cubrimos la consulta 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 consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.	\$0

Tabla de procedimientos de beneficios odontológicos de rutina

Los beneficios odontológicos de rutina están incluidos para todos los miembros de este plan

La siguiente **Tabla de procedimientos de beneficios odontológicos de rutina** muestra los procedimientos odontológicos específicos cubiertos por el beneficio odontológico de rutina y lo que pagará por esos procedimientos. Los servicios enumerados son beneficios cubiertos cuando los brinda un odontólogo autorizado dentro de la red, y cuando sea necesario y habitual, según lo determinen los estándares generalmente aceptados de la práctica odontológica.

Importante: tenga en cuenta que no se cubren los procedimientos no enumerados.

Importante: algunos servicios odontológicos no están cubiertos en ninguna circunstancia (también conocidos como Exclusiones) y algunos servicios odontológicos solo están cubiertos en determinadas circunstancias específicas (también conocidas como Limitaciones).

Consulte las “Limitaciones generales” y las “Exclusiones generales” que se indican en esta tabla de beneficios para obtener más información.

Se proporcionarán beneficios para los procedimientos odontológicos específicos necesarios para tratar afecciones odontológicas graves, infecciosas, dolorosas o urgentes específicas, o cuando se brinden de manera coherente con el estándar de



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

atención profesionalmente reconocido. El plan se reserva el derecho a que un director del plan odontológico revise administrativamente la documentación presentada relativa a las afecciones anteriores para la determinación de la cobertura.

Las afecciones caracterizadas por dolor agudo o infección incluyen las siguientes:

- Dolor agudo que requiere tratamiento de conducto inmediato;
- Dolor agudo que requiere extracción del diente o incisión y drenaje;
- Absceso periodontal agudo que requiere procedimientos periodontales de emergencia.

Las afecciones de restauración emergentes incluyen las siguientes:

- Un diente en proceso de restauración que comenzó como un empaste (restauración básica), pero debido a la magnitud de la caries/fractura encontrada en el curso de su restauración, ahora requiere que se coloque una corona colada (restauración mayor).

Los servicios se enumeran con el código de procedimiento de la Asociación Dental Americana (ADA) en función de la terminología odontológica actual. La ley federal requiere el uso del código de la ADA para informar procedimientos odontológicos. La ADA puede revisar ocasionalmente los códigos de procedimiento. Por lo tanto, el plan puede revisar esta lista de códigos según lo exige la ley. Puede obtener una lista actualizada de los códigos de la ADA poniéndose en contacto con el Departamento de Servicio al cliente del Administrador del Plan Odontológico (DPA) al **(866) 247-2486 [TTY: 711]** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto vacaciones), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
Servicios de diagnóstico		
D0150	Evaluación bucal integral: paciente nuevo o regular	\$0
D0171	Reevaluación: visita posoperatoria en el consultorio	\$0
D0190	Prueba de detección de un paciente	\$0
D0191	Evaluación de un paciente	\$0
D0251	Extrabucal: radiografía odontológica posterior	\$0
D0415	Recolección de microorganismos para cultivo y sensibilidad	\$0
D0425	Pruebas de susceptibilidad a caries	\$0
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	\$0
D0470	Moldes de diagnóstico	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
D0472	Adición de tejidos, examen macroscópico, preparación y transmisión de informe escrito	\$0
D0473	Adición de tejidos, examen microscópico, preparación y transmisión de informe escrito	\$0
D0474	Adición de tejidos, examen macro y microscópico, incluida la evaluación de márgenes quirúrgicos para determinar la presencia de enfermedades, preparación y transmisión de informe escrito	\$0
Servicios preventivos		
D1110	Profilaxis: adultos	\$0
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	\$0
D1208	Aplicación tópica de flúor (excepto barniz)	\$0
D1353	Reparación de sellador (por diente)	\$10
D1520	Mantenedores de espacio: extraíbles, unilaterales: por cuadrante	\$70
Servicios de restauración		
D2140	Amalgama: una superficie, primaria o permanente	\$0
D2510	Incrustación: metálica, una superficie	\$170
D2520	Incrustación: metálica, dos superficies	\$180
D2530	Incrustación: metálica, tres o más superficies	\$190
D2542	Sobrepuesto: metálico, dos superficies	\$185
D2543	Sobrepuesto: metálico, tres superficies	\$195
D2544	Sobrepuesto: metálico, cuatro o más superficies	\$215
D2610	Incrustación: porcelana/cerámica, una superficie	\$295
D2620	Incrustación: porcelana/cerámica, dos superficies	\$330
D2630	Incrustación: porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$350
D2642	Sobrepuesto: porcelana/cerámica, dos superficies	\$325
D2643	Sobrepuesto: porcelana/cerámica, tres superficies	\$360
D2644	Sobrepuesto: porcelana/cerámica, cuatro o más superficies	\$380
D2650	Incrustación: compuesto/resina, una superficie	\$195
D2651	Incrustación: compuesto/resina, dos superficies	\$220
D2652	Incrustación: compuesto/resina, tres o más superficies	\$255
D2662	Sobrepuesto: compuesto/resina, dos superficies	\$250
D2663	Sobrepuesto: compuesto/resina, tres superficies	\$275
D2664	Sobrepuesto: compuesto/resina, cuatro o más superficies	\$320

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
D2720	Corona: resina con metal de alta nobleza	\$320
D2722	Corona: resina con metal noble	\$260
D2750	Corona: porcelana fusionada con metal de alta nobleza	\$380
D2752	Corona: porcelana fusionada con metal noble	\$320
D2753	Corona: porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	\$380
D2780	Corona: molde $\frac{3}{4}$ de metal de alta nobleza	\$380
D2782	Corona: molde $\frac{3}{4}$ de metal noble	\$320
D2790	Corona: molde completo de metal de alta nobleza	\$380
D2792	Corona: molde completo de metal noble	\$320
D2794	Corona: titanio	\$380
D2921	Unión de un fragmento del diente, borde incisal o cúspide	\$50
D2929	Corona de porcelana/cerámica prefabricada: diente primario, anterior	\$75
D2940	Restauración protectora	\$0
D2981	Reparación de incrustación necesaria por falla del material de restauración	\$25
D2982	Reparación de sobrepuesto necesaria por falla del material de restauración	\$25
D2983	Reparación de laminado necesaria por falla del material de restauración	\$25
Servicios de endodoncia		
D3110	Recubrimiento pulpar directo (no incluye restauración final)	\$0
D3331	Tratamiento por obstrucción del conducto; acceso no quirúrgico	\$0
D3333	Reparación interna del diente por defectos de perforación	\$50
D3346	Repetición de tratamiento de conducto previo: anterior	\$0
D3348	Repetición de tratamiento de conducto previo: molar	\$0
D3353	Apexificación/recalcificación: visita final (incluye finalización del tratamiento de conducto)	\$80
D3450	Amputación radicular: por raíz	\$85
D3920	Hemisección (incluye extracción de raíz), sin incluir el tratamiento de conducto	\$150
Servicios periodontales		
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para permitir acceso para el procedimiento de restauración, por diente	\$85

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
D4240	Procedimiento para colgajo gingival, incluido el pulido radicular: cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes por cuadrante	\$150
D4241	Procedimiento para colgajo gingival, incluido el pulido radicular: de uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes por cuadrante	\$225
D4245	Colgajo en posición apical	\$75
D4260	Cirugía ósea (incluida la entrada y el cierre de un colgajo): cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes por cuadrante	\$0
D4263	Injerto para reemplazo óseo (diente natural retenido): primer lugar en el cuadrante	\$225
D4264	Injerto para reemplazo óseo (diente natural retenido): cada lugar adicional en el cuadrante	\$80
D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando pediculado	\$225
D4274	Procedimiento de cuña distal o mesial, un solo diente (cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área)	\$225
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los lugares de la cirugía del beneficiario y del donante): primer diente, implante o lugar desdentado	\$295
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los lugares de la cirugía del beneficiario y del donante): cada diente, implante o lugar desdentado contiguo adicional en el mismo lugar del injerto	\$295
D4921	Irrigación gingival: por cuadrante	\$0
Servicios prostodónticos (extraíbles)		
D5110	Dentadura postiza completa: maxilar	\$0
D5221	Dentadura postiza maxilar inmediata parcial: base de resina	\$365
D5222	Dentadura postiza mandibular inmediata parcial: base de resina	\$365
D5223	Dentadura postiza maxilar inmediata parcial: molde de estructura de metal con bases de resina	\$415
D5224	Dentadura postiza mandibular inmediata parcial: molde de estructura de metal con bases de resina	\$415
D5225	Dentadura postiza maxilar parcial: base flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$180

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
D5226	Dentadura postiza mandibular parcial: base flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$180
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de molde de metal (maxilar)	\$100
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de molde de metal (mandibular)	\$100
D5710	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa	\$100
D5711	Rebasado de dentadura postiza mandibular completa	\$100
D5720	Rebasado de dentadura postiza maxilar parcial	\$100
D5721	Rebasado de dentadura postiza mandibular parcial	\$110
D5820	Dentadura postiza parcial provisoria (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes): maxilar. Incluye cualquier gancho y soporte necesario.	\$380
D5821	Dentadura postiza parcial provisoria (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes): mandibular. Incluye cualquier gancho y soporte necesario.	\$320
Servicios prostodónticos (fijos)		
D6210	Póntico: molde de metal de alta nobleza	\$380
D6212	Póntico: molde de metal noble	\$320
D6240	Póntico: porcelana fusionada con metal de alta nobleza	\$320
D6242	Póntico: porcelana fusionada con metal noble	\$320
D6243	Póntico: porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	\$260
D6250	Póntico: resina con metal de alta nobleza	\$330
D6252	Póntico: resina con metal noble	\$350
D6600	Retenedor, incrustación: porcelana/cerámica, dos superficies	\$280
D6601	Retenedor, incrustación: porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$290
D6602	Retenedor, incrustación: molde de metal de alta nobleza, dos superficies	\$180
D6603	Retenedor, incrustación: molde de metal de alta nobleza, tres o más superficies	\$190
D6604	Retenedor, incrustación: molde de metal base predominante, dos superficies	\$210

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
D6605	Retenedor, incrustación: molde de metal base predominante, tres o más superficies	\$220
D6606	Retenedor, incrustación: molde de metal noble, dos superficies	\$325
D6607	Retenedor, incrustación: molde de metal noble, tres o más superficies	\$360
D6608	Retenedor, sobrepuesto: porcelana/cerámica, dos superficies	\$285
D6609	Retenedor, sobrepuesto: porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$295
D6610	Retenedor, sobrepuesto: molde de metal de alta nobleza, dos superficies	\$185
D6611	Retenedor, sobrepuesto: molde de metal de alta nobleza, tres o más superficies	\$195
D6612	Retenedor, sobrepuesto: molde de metal base predominante, dos superficies	\$205
D6613	Retenedor, sobrepuesto: molde de metal base predominante, tres o más superficies	\$225
D6614	Retenedor, sobrepuesto: molde de metal noble, dos superficies	\$320
D6615	Retenedor, sobrepuesto: molde de metal noble, tres o más superficies	\$260
D6720	Retenedor, corona: resina con metal de alta nobleza	\$380
D6722	Retenedor, corona: resina con metal noble	\$320
D6750	Retenedor, corona: porcelana fusionada con metal de alta nobleza	\$380
D6752	Retenedor, corona: porcelana fusionada con metal noble	\$380
D6753	Retenedor, corona: porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	\$320
D6780	Retenedor, corona: molde $\frac{3}{4}$ de metal de alta nobleza	\$380
D6782	Retenedor, corona: molde $\frac{3}{4}$ de metal noble	\$380
D6784	Retenedor, corona $\frac{3}{4}$: titanio y aleaciones de titanio	\$320
D6790	Retenedor, corona: molde completo de metal de alta nobleza	\$45
D6792	Retenedor, corona: molde completo de metal noble	\$320
D6940	Placa de descanso	\$45
Servicios de cirugía bucales y maxilofaciales		

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
D7111	Extracción de restos de corona: diente primario	\$0
D7140	Extracción, diente brotado o raíz expuesta (extracción con elevación o fórceps)	\$0
D7210	Extracción de diente brotado que requiere la extracción de hueso o extracción parcial del diente, incluida elevación del colgajo mucoperióstico	\$0
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando	\$0
D7241	Extracción de diente impactado: completamente ósea con complicaciones quirúrgicas poco habituales	\$0
D7251	Coronectomía: extracción intencional de diente parcial	\$130
D7282	Movilización de diente erupcionado o mal ubicado para facilitar su erupción	\$90
D7510	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando intrabucal	\$0
Servicios de ortodoncia		
D8010	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición primaria	\$1,150
D8040	Tratamiento de ortodoncia limitado para dentición de adultez: adultos	\$1,350
D8090	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de adultez: adultos	\$2,100
Servicios generales complementarios		
D9311	Consulta con un profesional de atención médica	\$0
D9450	Presentación de casos, planificación de tratamiento detallada y exhaustiva	\$0
D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, maxilar	\$0
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, mandibular	\$0
D9934	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, maxilar	\$0
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular	\$0
D9943	Ajuste oclusal	\$10
D9944	Guarda oclusal: aparato duro, arco completo	\$100
D9945	Guarda oclusal: aparato blando, arco completo	\$100
D9946	Guarda oclusal: aparato duro, arco parcial	\$100

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
D9975	Blanqueamiento externo para aplicación en el hogar, por arco; incluye materiales y fabricación de bandejas personalizadas: limitado a una bandeja de blanqueamiento y gel para dos semanas de autotratamiento	\$125
D9986	Cita perdida (sin aviso con 24 horas de anticipación): por cada 15 minutos de tiempo de la cita	\$10
D9987	Cita cancelada (sin aviso con 24 horas de anticipación): por cada 15 minutos de tiempo de la cita	\$10

NOTA: a menos que requiera servicios odontológicos de emergencia no cubiertos por Medicare, los montos de costo compartido enumerados para miembros solo se aplican cuando recibe servicios odontológicos de un odontólogo de la red (consulte “Atención odontológica de emergencia no cubierta por Medicare”).

NOTA: dado que Blue Shield celebra contratos con Medicare cada año, es posible que estos beneficios odontológicos de rutina no estén disponibles el próximo año.

Obtención de atención odontológica de rutina

Introducción

El plan odontológico de Blue Shield es administrado por un Administrador del Plan Odontológico (DPA) contratado, una entidad que tiene un contrato con Blue Shield para gestionar la prestación de servicios odontológicos a través de una red de odontólogos contratados. Si tiene alguna pregunta con respecto a la información en esta sección odontológica, necesita asistencia o tiene algún problema, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al cliente del DPA al **(866) 247-2486 [TTY: 711]** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto vacaciones), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Antes de recibir servicios odontológicos de rutina

Usted es responsable de asegurarse que el odontólogo que elija se encuentre dentro de la red.

NOTA: el estado de un odontólogo de la red puede cambiar. Es su obligación verificar si su odontólogo se encuentra actualmente dentro de la red en caso de que se hayan realizado cambios en la lista de odontólogos contratados. Puede obtener una lista de odontólogos de la red ubicados en su área comunicándose con el Departamento de Servicio al cliente del DPA al **(866) 247-2486 [TTY: 711]** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



vacaciones), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Visita al odontólogo

Poco después de la inscripción, recibirá un paquete de membresía del DPA en el que se le informa la fecha de entrada en vigencia de sus beneficios y la dirección y el número de teléfono de su odontólogo dentro red u odontólogo de atención primaria (PCD). Después de la fecha de entrada en vigencia que se indica en su paquete de membresía, puede obtener servicios de atención odontológica cubiertos. Para programar una cita, simplemente llame al centro de su PCD e identifíquese como miembro de Blue Shield TotalDual Plan. Las citas iniciales deben programarse dentro de las cuatro semanas, a menos que se haya solicitado un plazo específico. Las consultas sobre la disponibilidad de citas y la accesibilidad de los odontólogos deben dirigirse al Departamento de Servicio al cliente del DPA al **(866) 247-2486 [TTY: 711]** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto vacaciones), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

NOTA: cada miembro debe acudir a su PCD asignado para recibir los servicios cubiertos, excepto los servicios proporcionados por un especialista previamente autorizado por escrito por el DPA, o para recibir servicios odontológicos de emergencia no cubiertos por Medicare. Cualquier otro tratamiento no está cubierto por Blue Shield TotalDual Plan.

Debe comunicarse con su PCD para todas las necesidades de atención odontológica que tenga, incluidos servicios preventivos, problemas odontológicos de rutina, consultas con especialistas del plan y servicios de emergencia (cuando sea posible). El PCD es responsable de proporcionar servicios generales de atención odontológica y de coordinar u organizar la remisión a otros especialistas necesarios del plan. El plan debe autorizar dichas remisiones.

Este plan odontológico solo de la red no paga beneficios a los odontólogos fuera de la red. No se cubrirán los servicios brindados por un odontólogo fuera de la red, excepto en caso de una emergencia odontológica. Cuando reciba servicios de un odontólogo fuera de la red, usted será responsable de pagarle directamente al odontólogo el monto total que facture.

NOTA: los miembros que no hayan cumplido con sus citas odontológicas de rutina (una vez cada 6 meses) quizás requieran servicios que incluyan raspado periodontal y pulido radicular antes de que se pueda brindar o se brinde atención de rutina, como limpiezas regulares.

Copagos del miembro

Antes de comenzar su tratamiento, su odontólogo diseñará un plan de tratamiento para satisfacer sus necesidades individuales. Es mejor analizar su plan de tratamiento y las responsabilidades financieras con su odontólogo antes de comenzar el tratamiento.

Los copagos son pagaderos al momento de recibir el servicio o al inicio de la atención.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Si necesita asistencia adicional para obtener información sobre su plan de tratamiento o si tiene alguna pregunta sobre los copagos que se le cobran por los procedimientos odontológicos cubiertos, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al cliente del DPA al **(866) 247-2486 [TTY: 711]** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto vacaciones), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Elección del odontólogo de atención primaria

Al momento de la inscripción, debe seleccionar un odontólogo de la red para que sea su PCD. Si no selecciona un odontólogo de la red o el odontólogo seleccionado de la red deja de estar disponible, el DPA le solicitará que seleccione otro odontólogo de la red o le asignará a un odontólogo de la red. Puede cambiar su odontólogo asignado de la red comunicándose con el Departamento de Servicio al cliente del DPA al **(866) 247-2486 [TTY: 711]** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto vacaciones), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Para garantizar que se notifique a su odontólogo de la red y que las listas de elegibilidad del DPA sean correctas, los cambios a los odontólogos de la red deben solicitarse antes del 21 del mes para que los cambios entren en vigencia el primer día del mes siguiente.

Si su odontólogo ya no tiene contrato con el DPA del Blue Shield TotalDual Plan

Si el odontólogo de la red que usted seleccionó no puede continuar el contrato con el DPA porque no puede cumplir o ha incumplido el contrato, o si el DPA ha rescindido el contrato, el DPA le notificará al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia de la rescisión del contrato del odontólogo para que pueda seleccionar otro.

Si el DPA le notifica la necesidad de seleccionar otro odontólogo por este motivo, se eximen los costos por la duplicación y transferencia de radiografías u otros registros. Además, el odontólogo de la red finalizará (a) una dentadura postiza parcial o completa para la cual se hayan tomado impresiones finales, y (b) todo el trabajo en cada diente en el que se inició un trabajo (como la finalización de los tratamientos de conducto en progreso y la colocación de coronas cuando se hayan preparado los dientes).

Atención odontológica de emergencia no cubierta por Medicare

Los servicios de emergencia no cubiertos por Medicare abarcan la atención brindada por un odontólogo para tratar una afección odontológica que se manifiesta como un síntoma de gravedad suficiente, incluido dolor intenso, de modo que el miembro puede esperar razonablemente que la falta de atención inmediata (i) ponga en grave peligro la salud dental del miembro o (ii) cause el deterioro de las funciones odontológicas.

Atención odontológica de emergencia dentro del área no cubierta por Medicare

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Si cree que necesita atención odontológica de emergencia no cubierta por Medicare y se encuentra dentro del área de servicio de Blue Shield TotalDual Plan, llame de inmediato a su odontólogo asignado de la red. El personal del consultorio odontológico le informará qué hacer.

Atención odontológica de emergencia fuera del área no cubierta por Medicare

Si se encuentra fuera del área de servicio de Blue Shield TotalDual Plan y requiere atención odontológica de emergencia no cubierta por Medicare, puede recibir tratamiento de cualquier odontólogo certificado. Los servicios que recibe del odontólogo fuera del área están cubiertos hasta \$100 (menos cualquier copago del miembro aplicable), siempre que la transferencia a un proveedor de la red implique un riesgo para su salud.

Reembolsos por atención odontológica de emergencia fuera del área no cubierta por Medicare

Se le reembolsarán hasta \$100 (menos cualquier copago del miembro aplicable) por el costo de los servicios odontológicos de emergencia cubiertos que se recibieron fuera del área no cubiertos por Medicare. Siempre que sea posible, debe pedirle a su odontólogo que envíe la factura directamente a Blue Shield a la dirección que figura a continuación.

Para obtener el reembolso, envíe su solicitud de reembolso, recibo de pago y descripción de los servicios prestados por escrito a la siguiente dirección:

Blue Shield of California
Claims Department
P.O. Box 1803
Alpharetta, GA 30023

Hay límites de tiempo para presentar los reclamos. En general, las facturas por los servicios deben enviarse a Blue Shield en el plazo de un año a partir de la fecha del servicio, a menos que haya un motivo para presentarlas más tarde.

Nuestro DPA revisará el servicio odontológico de emergencia no cubierto por Medicare que recibió y le notificará en el plazo de 30 días posteriores a la recepción del reclamo si califica para el reembolso. Excepto por los servicios odontológicos de emergencia no cubiertos por Medicare, usted será responsable del pago total de los servicios odontológicos que reciba fuera de California.

Denegación de un reclamo de reembolso por atención odontológica de emergencia fuera del área no cubierta por Medicare

Si su reclamo de reembolso por atención odontológica de emergencia no cubierta por



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Medicare fuera del área se rechaza parcial o totalmente, el DPA le notificará la decisión por escrito. La notificación incluirá el motivo específico de la denegación y le informará que puede solicitar una reconsideración de la denegación.

Para solicitar la reconsideración de la denegación o denegación parcial, envíe un aviso por escrito a Blue Shield TotalDual Plan en el plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso de denegación por escrito.

Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Obtener una segunda opinión para la atención odontológica

Si no está de acuerdo con el diagnóstico o la determinación del plan de tratamiento de su odontólogo de la red, o los cuestiona, puede solicitar una segunda opinión. El DPA también puede solicitarle que obtenga una segunda opinión para verificar la necesidad y la idoneidad del tratamiento odontológico o la aplicación de beneficios.

Las segundas opiniones serán emitidas por un odontólogo certificado de manera oportuna, según la naturaleza de su afección. Las solicitudes relativas a casos de amenaza inminente y grave a la salud se acelerarán (autorización aprobada o denegada dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud, siempre que sea posible). Para recibir asistencia o información adicional relacionada con los procedimientos y los plazos de las autorizaciones para las segundas opiniones, llame al Departamento de Servicio al cliente del DPA al **866-247-2486 [TTY: 711]** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto vacaciones), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre o escríbale al DPA.

Las segundas opiniones se proporcionarán en otro centro odontológico de la red, a menos que el DPA autorice lo contrario. El DPA autorizará una segunda opinión de un proveedor fuera de la red si no está disponible un odontólogo de la red debidamente calificado. El DPA solo pagará una segunda opinión aprobada o autorizada por el DPA. Si el DPA decide no autorizar una segunda opinión, se le enviará una notificación por escrito. Si no está de acuerdo con esta determinación, puede presentar una apelación ante Blue Shield TotalDual Plan. Consulte la sección *Quejas y apelaciones* para obtener información adicional.

Coordinación de beneficios

Este plan proporciona beneficios sin tener en cuenta la cobertura de cualquier otra póliza de seguro grupal o cualquier otro programa de beneficios de salud grupal si la otra póliza o programa cubre servicios o gastos además de la atención odontológica. De lo contrario, los beneficios que los especialistas u odontólogos fuera de la red proporcionan en virtud de este plan se coordinan con estas otras pólizas de seguro odontológico grupal o cualquier programa de beneficios odontológicos grupales. La determinación sobre qué póliza o programa es el principal se regirá por las normas establecidas en el contrato.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Si este plan es secundario, pagará el menor monto de lo siguiente:

- El monto que hubiera pagado en ausencia de cualquier otra cobertura de beneficios odontológicos; o bien,
- El costo total que el miembro paga de su bolsillo, pagadero según el plan principal de beneficios odontológicos, siempre que los beneficios estén cubiertos en virtud de este plan.

El miembro debe proporcionar al DPA cualquier información sobre el miembro que sea necesaria para gestionar la coordinación de beneficios, y el DPA puede divulgar esa información a cualquier compañía de seguros u otra organización, u obtenerla de estas. El DPA, a su entera discreción, determinará si se justifica cualquier reembolso a una compañía de seguros u otra organización, según las disposiciones de coordinación de beneficios descritas en el presente documento, y si dicho reembolso pagado se considerará parte de los beneficios en virtud de este contrato. El DPA tendrá derecho a recibir de un odontólogo, miembro, compañía de seguros u otra organización, según elija el DPA, el monto de cualquier beneficio pagado por el DPA que exceda sus obligaciones según las disposiciones de coordinación de beneficios descritas en el presente documento.

Proceso de quejas y apelaciones

Nuestro compromiso con usted es garantizar la calidad de la atención y la calidad en el proceso de tratamiento. Esta calidad de tratamiento abarca desde los servicios profesionales de los odontólogos de la red hasta la cortesía de nuestros representantes telefónicos. Si tiene alguna pregunta o queja con respecto a la elegibilidad, la denegación de servicios o reclamos, las políticas, procedimientos u operaciones del DPA, o la calidad de los servicios odontológicos realizados por un odontólogo de la red, usted tiene derecho a presentar una queja o apelación ante Blue Shield TotalDual Plan. Consulte el *Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*, para obtener más información sobre cómo presentar una queja o apelación. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el DPA al **(866) 247-2486 [TTY: 711]** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto vacaciones), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. También puede llamar a Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Limitaciones generales del Plan HMO de atención odontológica de rutina

1. Los exámenes bucales se limitan a uno (1) cada tres (3) años calendario, por proveedor o lugar (D0150).
2. La profilaxis o el raspado se limitan a dos (2) por año calendario (D1110).



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

3. La aplicación tópica de flúor (excepto barniz) se limita a dos (2) por año calendario-(D1208).
4. Corona: porcelana fusionada con metal noble se limita a 2 por año calendario por paciente (D2750).
5. Dentadura, postiza maxilar inmediata parcial: molde de estructura de metal con bases de resina se limita a 1 por cada 5 años calendario. (D5223).
6. Periodoncia, procedimiento para colgajo gingival, incluido el pulido radicular: de uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes por cuadrante (D4241).
7. La dentadura postiza parcial se limita a una (1) en doce (12) meses consecutivos (D5820 y D5821).
8. El costo para un miembro que recibe tratamiento de ortodoncia y cuya cobertura se cancele o finalice por cualquier motivo se basará en la tarifa habitual para el plan de tratamiento del ortodoncista de la red. El ortodoncista de la red prorrateará el monto para la cantidad de meses restantes hasta completar el tratamiento. El miembro deberá pagar directamente al ortodoncista de la red, según lo convenido.

Exclusiones generales del Plan HMO de atención odontológica de rutina

1. Cualquier procedimiento que no esté específicamente detallado en la *Tabla de procedimientos de beneficios odontológicos de rutina*.
2. Los procedimientos que, según la opinión profesional de un odontólogo de la red, cumplen con los siguientes requisitos:
 - a. Tienen un diagnóstico insuficiente para asegurar su resultado satisfactorio y longevidad razonable por el estado del diente/dientes o estructuras adyacentes, o
 - b. No son coherentes con los estándares generalmente aceptados por la odontología.
3. Los servicios con objetivos exclusivamente estéticos o por condiciones que son el resultado de defectos hereditarios o del desarrollo, como el labio leporino, las malformaciones del maxilar inferior o superior, la falta congénita de dientes y los dientes descoloridos o sin esmalte.
4. Los dispositivos robados o extraviados, entre otros, dentaduras postizas parciales o completas, mantenedores de espacio, coronas y dentaduras postizas parciales fijas (puentes).
5. Los procedimientos, dispositivos o artículos de restauración, si el objetivo es modificar la dimensión vertical, o diagnosticar o tratar condiciones anormales de la articulación temporomandibular (ATM).



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

6. Los metales preciosos para dispositivos extraíbles, las bases blandas permanentes o metálicas para dentaduras postizas completas, los dientes de dentaduras postizas de porcelana, los soportes de precisión para dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles (sobrepuestos, implantes y dispositivos relacionados) y la personalización y caracterización de dentaduras postizas parciales y completas.
7. Los accesorios y dispositivos odontológicos soportados por implantes, la colocación, mantenimiento y extracción de implantes y demás servicios asociados con un implante dental.
8. Las consultas por beneficios no cubiertos.
9. Los servicios odontológicos recibidos en un centro odontológico que no sea el odontólogo asignado de la red, un especialista odontológico previamente autorizado, o un ortodoncista de la red, excepto para servicios de atención odontológica de emergencia, como se describe en la Evidencia de cobertura.
10. Todas las tarifas relacionadas con el ingreso, el uso o la estadía en un hospital, centro quirúrgico para pacientes ambulatorios, centro de atención prolongada u otro centro de atención similar.
11. Los medicamentos recetados.
12. Los gastos odontológicos incurridos en relación con procedimientos odontológicos o de ortodoncia comenzados antes de la elegibilidad del miembro para Blue Shield TotalDual Plan. Los ejemplos incluyen: dientes preparados para coronas, tratamientos de conducto en curso, dentaduras parciales o completas para las cuales se tomó una impresión y ortodoncia.
13. Los cambios en el tratamiento de ortodoncia necesarios por accidente de cualquier tipo.
14. Los dispositivos o las terapias miofuncionales y parafuncionales.
15. Los frenillos combinados o de cerámica, la adaptación lingual de bandas de ortodoncia y otras alternativas especializadas o estéticas a los dispositivos de ortodoncia fijos y extraíbles estándar.
16. La extracción de dientes, cuando los dientes no presenten síntomas ni patologías (no hay signos ni síntomas de patología o infección), incluidas, entre otras, la extracción de los terceros molares y las extracciones de ortodoncia.
17. Las dentaduras postizas parciales provisionales (prótesis parciales de acrílico), junto con dispositivos fijos o extraíbles, se limitan al reemplazo de los dientes anteriores extraídos para adultos durante un período de recuperación cuando los dientes no pueden agregarse a una dentadura postiza parcial existente.
18. Los beneficios para un programa de control de tejido blando se limitan a las piezas que se detallan en los servicios cubiertos en la *Tabla de procedimientos de beneficios*



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

odontológicos de rutina. Si un miembro rechaza los servicios no cubiertos dentro de un programa de control de tejido blando, no elimina ni modifica los demás beneficios cubiertos.

19. Los tratamientos o dispositivos proporcionados por un odontólogo que se especializa en servicios prostodónticos.
20. El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un odontólogo certificado. La ortodoncia autoadministrada no está cubierta.
21. La extracción de los dispositivos de ortodoncia fijos por razones distintas a la finalización del tratamiento no es un beneficio cubierto.

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través del servicio de pago de Original 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 paga 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 nos factura sus servicios. Nuestro plan paga los servicios proporcionados luego de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras recibe los servicios CCT, nosotros pagamos los servicios que se mencionan en la Tabla de beneficios de la **Sección D** de este capítulo.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Ningún cambio en el beneficio de la cobertura de medicamentos

El programa de CCT **no** cubre medicamentos. Continuará recibiendo su beneficio normal de medicamentos a través de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5 de su Guía para los Miembros**.

Nota: si necesita atención de transición que no sea de CCT, debe comunicarse con su coordinador de la 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.

E2. Programa odontológico de Medi-Cal

Ciertos servicios odontológicos están disponibles a través del Programa odontológico de Medi-Cal; incluye, pero no se limita a servicios como los siguientes:

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

Los beneficios odontológicos están disponibles dentro del 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 Ángeles. 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. Cuidados para enfermos terminales

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. Puede recibir atención de cualquier programa de centros para enfermos terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de centros para enfermos terminales



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

certificados por Medicare. El médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

Consulte la Tabla de beneficios de la **Sección D** para obtener más información sobre qué pagamos mientras recibe los servicios de cuidados 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 factura a Medicare por sus servicios. Medicare paga los servicios para enfermos terminales relacionados con su diagnóstico. 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 los beneficios de la Parte D de Medicare de nuestro plan:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5 de su Guía para los Miembros**.

Nota: si necesita cuidados que no sean para enfermos terminales, debe comunicarse con su coordinador de la 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.

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal

En esta sección se describen los beneficios que nuestro plan “excluye”. El término “excluido” significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco los pagarán.

La lista detallada más adelante describe algunos servicios y productos que no cubrimos bajo 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 de esta *Guía para los Miembros*), salvo en las circunstancias determinadas que se indican. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no los



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

pagará. Si considera que debemos pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9 de su Guía para los Miembros**.

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

- Servicios que no se consideran “razonables ni médicamente necesarios” según los estándares de Medicare y Medi-Cal, a menos que incluyamos estos servicios como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos, quirúrgicos, productos y medicamentos experimentales, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubra. Para obtener más información sobre estudios de investigación clínica, consulte el **Capítulo 3** de su *Guía para los Miembros*. El tratamiento y los artículos experimentales son aquellos que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, salvo cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo cubra.
- Una habitación privada en un hospital, salvo cuando se considere médicamente necesario.
- Personal de enfermería particular.
- Objetos 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, antienvjecimiento 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, pagamos la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para lograr simetría.
- Cuidado de rutina de los pies, salvo según se describe en los servicios de podiatría de la Tabla de beneficios en la Sección D.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

- 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

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 correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y por Medi-Cal. En el **Capítulo 6** de su *Guía para los Miembros*, se le informa lo que paga por estos medicamentos. Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para los Miembros*.

También cubrimos, aunque no se analizan en este capítulo, los siguientes medicamentos:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare:** Estos incluyen por lo general algunos medicamentos que recibe mientras está en un hospital o centro 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 del Capítulo 4 de su *Guía para los Miembros*.

Normas de la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

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

1. Debe tener un médico u otro proveedor para que le proporcione recetas, las cuales deben ser válidas según la ley estatal aplicable. Esta persona suele ser su médico de atención primaria (PCP), pero también puede ser otro si su proveedor de atención primaria le ha remitido para que lo atienda.
2. Su prescriptor **no** debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare, en la Lista de exclusión de Medi-Cal (Medicaid) del estado y en la de sanciones del estado.
3. Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



4. 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.
 - Tenga en cuenta también que la solicitud de cobertura de su medicamento recetado se evaluará según las normas de Medicare y de Medi-Cal.
5. 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. Su médico puede ayudarle a identificar las referencias médicas que respaldan el uso solicitado del medicamento recetado. 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.....	142
A1. Obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red	142
A2. Use su tarjeta de identificación del plan cuando obtenga un medicamento recetado ...	142
A3. Qué hacer si se cambia a otra farmacia de la red	142
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red	143
A5. Usar una farmacia especializada	143
A6. Usar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	144
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	145



A8. Usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	146
A9. Reembolso del costo de un medicamento recetado	146
B. Lista de medicamentos de nuestro plan	147
B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos.....	147
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos	147
B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos	148
B4. Niveles de costo compartido de la Lista de medicamentos	149
C. Límites en algunos medicamentos	149
D. Razones por las que su medicamento puede no estar cubierto.....	151
D1. Obtener un suministro temporal.....	151
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	153
F. Cobertura para medicamentos en casos especiales	156
F1. Si se encuentra en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su hospitalización	156
F2. Vive en un establecimiento de cuidado a largo plazo	156
F3. Si se encuentra en un programa de centros para enfermos terminales certificados por Medicare.....	157
G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	157
G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura	157
G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos.....	158
G3. Programas de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opioides	159



A. Cómo obtener sus medicamentos recetados

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

En la mayoría de los casos, pagamos los medicamentos recetados solo si se obtienen en cualquiera de nuestras farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta proporcionar los medicamentos recetados para los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de las farmacias de la red.

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

A2. Use su tarjeta de identificación del plan cuando obtenga un medicamento recetado

Para obtener su medicamento recetado, **muestre su tarjeta de identificación del plan** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura *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.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) para acceder a los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.

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

Si la farmacia no puede recibir la información necesaria, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire. Luego puede solicitarnos que le devolvamos *la parte que nos corresponde pagar*. **Si no puede pagar el medicamento, las leyes estatales y federales permiten que la farmacia le proporcione un suministro de no menos de 72 horas de su receta necesaria en caso de emergencia. Comuníquese con Atención al Cliente de inmediato.** Haremos lo que podamos para ayudar.

- Consulte el **Capítulo 7** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información.
- Si necesita ayuda para obtener un medicamento recetado, póngase en contacto con Atención al Cliente o con su coordinador de la atención.

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

Si cambia de farmacia y necesita repetir el resurtido 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 queda algún resurtido.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, póngase en contacto con Atención al Cliente o con su coordinador de la atención.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red nuestro plan, necesitará buscar una nueva farmacia de la red.

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

A5. Usar una farmacia especializada

A veces, 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 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 están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: es muy poco frecuente que se presente esta situación).

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 coordinador de la atención.



A6. Usar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos

*Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de farmacia por correo de la red de servicios de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos que se brindan a través del servicio de pedido 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 farmacia por correo de nuestro plan están marcados con el símbolo NDS en nuestra Lista de medicamentos.*

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le *permite* solicitar un suministro de hasta 100 días para el Nivel 1. Medicamentos genéricos preferidos y un suministro de 90 días para el Nivel 2: Medicamentos genéricos, Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos y Nivel 4: Medicamentos no preferidos. Los *suministros de 90 y 100 días* tienen el mismo copago que los de un mes.

Obtener mis medicamentos recetados por correo

Para obtener *los formularios de pedidos* e información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados por correo, llame a Atención al Cliente al número que figura en la contraportada de este documento. Si utiliza el servicio de pedido por correo de una farmacia que no pertenece a la red de servicios del plan, su medicamento recetado no estará cubierto.

Por lo general, un medicamento recetado de pedido por correo le llegará en un plazo de 14 días.

Sin embargo, a veces puede haber demoras en el envío de sus medicamentos recetados. Si recibe la notificación de que puede haber una demora en el envío de su medicamento recetado, sin que usted tenga la culpa, por parte de la farmacia de servicio por correo, llame a Atención al Cliente al número que figura en la contraportada de este documento. Un representante de Blue Shield le ayudará a obtener un suministro suficiente de medicamentos en una farmacia local de la red, para que no le falte la medicación hasta que llegue la del servicio por correo. Esto puede requerir que se ponga en contacto con su médico para que lo llame por teléfono o le envíe por fax una nueva receta a la farmacia de la red minorista para la cantidad necesaria de medicamentos que necesita hasta que reciba la medicación del servicio por correo.

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



Procesos de servicio de 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 el resurtido de sus medicamentos recetados de pedido por correo.

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de su parte

La farmacia rellena y entrega automáticamente las nuevas recetas que recibe de usted.

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

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

Esto le da 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 brinda la oportunidad de detener o postergar el pedido antes de *que se le facture* y se envíe.

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. Resurtido de medicamentos recetados de pedido por correo

Para resurtidos, póngase en contacto con su farmacia **14** días antes de que se le acabe el medicamento actual para asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Indique a la farmacia las mejores formas de ponerse en contacto con usted para que pueda confirmar su pedido antes de enviarlo. Asegúrese de que Blue Shield TotalDual 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 TotalDual 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 enfermedad crónica o prolongada.

Algunas farmacias de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. 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.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre el servicio de farmacia por correo.

A8. Usar una farmacia que no está en la red de nuestro 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.

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

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay farmacias de la red que atiendan las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.
- Si trata de obtener un medicamento recetado cubierto que no se encuentra regularmente en el inventario de una farmacia minorista o de servicio postal elegible de la red (estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos, de alto coste y únicos u otros de especialidad farmacéutica).
- Algunas vacunas administradas en el consultorio de su médico que no están cubiertas por la Parte B de Medicare y que no pueden obtenerse razonablemente en una farmacia de la red pueden conseguirse fuera de la red y estar cubiertas.
- Las recetas presentadas en farmacias fuera de la red están limitadas a un suministro de 30 días de medicamentos cubiertos.

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

A9. Reembolso del costo de un medicamento recetado

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total del medicamento recetado *en lugar de un copago* cuando lo obtenga. Puede solicitarnos el reembolso *de nuestra parte del costo*.

Si paga el coste total de su medicamento recetado que puede estar cubierto por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia le dé el reembolso una vez que Medi-Cal Rx pague la receta. También puede pedir a Medi-Cal Rx que le devuelva el dinero presentando la solicitud de "Reembolso de gastos de bolsillo de Medi-Cal (Conlan)". Se puede obtener más información en la página web de Medi-Cal Rx en [medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](https://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/).

Consulte el **Capítulo 7** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

B. Lista de medicamentos de nuestro 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

Nuestra lista de medicamentos incluye medicamentos cubiertos por Medicare.

La mayoría de los medicamentos recetados que consigue en una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Para obtener más información, visite la página web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/). También puede llamar al Centro de Atención al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (BIC) cuando obtenga sus medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

Nuestra Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En nuestra Lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos” puede tratarse de un fármaco o de un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos o alternativas biosimilares para muchos medicamentos de marca. Hable con su proveedor si tiene dudas sobre si un medicamento genérico o de marca puede satisfacer sus necesidades.

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:

Consultar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por vía electrónica.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Visitar la página web de nuestro plan en [blueshieldca.com/medformulary2023](https://www.blueshieldca.com/medformulary2023). La Lista de medicamentos en la página web siempre es la más actualizada.

Llamar a Atención al Cliente para saber si un medicamento está incluido en nuestra Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

Los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Para obtener más información, visite la página web de Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](https://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/)).

B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están incluidos en nuestra Lista de medicamentos porque la ley no permite que el plan cubra esos medicamentos. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en nuestra Lista de medicamentos. Si se le recetó un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos, sus necesidades de medicamentos recetados siempre serán evaluadas según las políticas de cobertura de nuestro plan, así como las normas de cobertura de Medicare.

Nuestro 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 las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.

Estas son tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye la Parte D) no puede pagar un medicamento que ya cubre la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre gratuitamente los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, pero estos medicamentos 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 no autorizado”. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos cuando están recetados para usarse para un uso no autorizado.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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 cinco 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). *En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.*

- Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos (nivel de costo compartido más bajo)
Incluye medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos
Incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos
Incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos
Incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 5 de costo compartido: medicamentos especializados (nivel de costo compartido más alto)
Incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo muy elevado que pueden requerir un manejo especial o monitoreo cercano.

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

En el **Capítulo 6** de su *Guía para los Miembros* se indica el monto que paga por los medicamentos en cada nivel.

C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Por lo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

medicamento que funcione para su condición 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 pedir excepciones, consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para los Miembros*.

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 le proporcionarán la versión genérica.

- Por lo general, no pagamos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si el proveedor *nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico*, le cubriremos el medicamento de marca.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben conseguir la aprobación de nuestro plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.

3. Cómo probar un medicamento diferente primero

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

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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 **[blueshieldca.com/medformulary2023](https://www.blueshieldca.com/medformulary2023)**. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura o de solicitud de excepción, puede solicitar una apelación. Para obtener más información, consulte la sección E del Capítulo 9.

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 medidas que puede tomar si no cubrimos un medicamento como usted quiere que lo hagamos.

D1. Obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, podemos proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en nuestra 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.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.blueshieldca.com/medicare**.



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.
 - Nunca estuvo en la Lista de medicamentos.
 - 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, permitimos varias repeticiones del resurtido hasta llegar a un máximo de 30 días del medicamento. Debe obtener el medicamento recetado en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento recetado en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.

Es nuevo en nuestro plan.

- Cubrimos 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, permitimos varias repeticiones del resurtido hasta llegar a un máximo de 30 días del medicamento. Debe obtener el medicamento recetado en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento recetado en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.
- Usted ha sido miembro del plan por más de *90 días*, reside en un centro 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.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

- Para obtener un suministro temporal de un medicamento, llame a Atención al Cliente.

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

- Cambiar a otro medicamento.

Es posible que nuestro plan cubra un medicamento diferente que le funcione. Llame a Atención al Cliente y pida 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

- Solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que realicemos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no esté en nuestra Lista de medicamentos o 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 una.

Si un medicamento que está tomando se retira de la Lista de medicamentos o se limita de alguna manera el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le comunicamos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Pídanos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento para el próximo año de la forma que usted desee.
- Le daremos una respuesta a su solicitud de excepción en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas).

Consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede ponerse en contacto con Atención al Cliente *o con su coordinador de la atención*. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura o de solicitud de excepción, puede solicitar una apelación (para obtener más información, consulte la Sección E del **Capítulo 9**).

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

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 (permiso nuestro antes de poder obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Añadir o cambiar las restricciones de la terapia escalonada de un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

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

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 ocurra lo siguiente:

- Aparece un medicamento nuevo y menos costoso en el mercado que funciona tan bien como un medicamento que ahora figura en la Lista de medicamentos.
- Descubrimos que un medicamento no es seguro.
- Se quita un medicamento del mercado.

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

- Consultar nuestra Lista de medicamentos actualizada en línea en blueshieldca.com/medformulary2023.
- Llamar a Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página para consultar nuestra Lista de medicamentos actualizada.

Algunos cambios en nuestra Lista de Medicamentos son **inmediatos**. 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 su Guía para los miembros.

Se retira un medicamento del mercado. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) informa que un medicamento que está tomando no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le informaremos.

- La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su condición.

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.
 - Reemplazamos un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de medicamentos.
 - 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.
- Le informaremos y le daremos un suministro para 30 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. Ellos pueden ayudarle a decidir lo siguiente:

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Si existe un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar.
- Solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.

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** de su *Guía para los Miembros*.

F2. Vive 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.

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



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

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 informan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Para obtener más información sobre el beneficio de centros para enfermos terminales, consulte el Capítulo 4 de su *Guía para los Miembros*.

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.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- 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 ayudarle 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 hablarán 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.

Luego le proporcionarán lo siguiente:

- 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.
- Obtendrá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando.
- 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.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

- 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 Coordinador de atención.

G3. Programas de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opioides

Nuestro 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 recetados no es seguro, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas las recetas para esos medicamentos de una farmacia o de un médico determinados.
- 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 las apelaciones y la Entidad de revisión independiente, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.

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.
 - Vive en un establecimiento de cuidado a largo plazo.
-



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

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.
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal Rx.
- 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. Le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), en el que se le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con Atención al Cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

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 claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *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 cinco niveles se encuentra cada medicamento.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- 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 más actualizada en nuestra página web en [blueshieldca.com/medformulary2023](https://www.blueshieldca.com/medformulary2023).
- La mayoría de los medicamentos recetados que consigue en una farmacia están cubiertos por Blue Shield TotalDual Plan. Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Para obtener más información, visite la página web de Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](https://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/)). También puede llamar al Centro de Atención al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (BIC) cuando obtenga sus medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.
- Capítulo 5 de su *Guía para los miembros*.
 - El Capítulo 5 le indica cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro 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. Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado trabajar con nosotros.
 - El Directorio de proveedores y farmacias enumera las farmacias de la red. Para obtener más información sobre las farmacias de la red, consulte el Capítulo 5 de su *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Explicación de beneficios (EOB)	163
B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos	164
C. Etapas de pago del medicamento para los medicamentos de la Parte D de Medicare	166
D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial	166
D1. Sus opciones de farmacia	167



D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	167
D3. Lo que usted paga	167
D4. Final de la Etapa de cobertura inicial	169
E. Etapa 2: La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.....	170
F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes	170
G. Asistencia de costo compartido para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.....	171
G1. ¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?	171
G2. ¿No se encuentra inscrito en el programa ADAP?	171
G3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan.....	171
H. Vacunas	171
H1. Qué debe saber antes de vacunarse	171
H2. Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D de Medicare.....	172

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 informe denominado la *Explicación de beneficios de la Parte D*. Le enviaremos una Explicación de beneficios de la Parte D (“EOB de la Parte D”) cuando haya obtenido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior. Nosotros la denominamos EOB, para abreviarla. La EOB de la Parte D tiene más información sobre los medicamentos que usted

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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 de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información para el mes.** El informe 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.** Este es el precio total del medicamento y el cambio en el porcentaje del precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas menos costosas.** Si está disponible, aparecen en el resumen que aparece a continuación de sus medicamentos actuales. Para obtener más información, consulte a la persona autorizada a dar recetas.

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.
- La mayoría de los medicamentos recetados que consigue en una farmacia están cubiertos por el Plan. Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Para obtener más información, visite la página web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/). O bien, llame al Centro de Atención al Cliente de Medi-Cal al 800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (BIC) cuando obtenga sus medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.
- Para conocer qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra 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:

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



1. Use la tarjeta de identificación del plan.

Muestre su tarjeta de identificación de Blue Shield TotalDual 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 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.
- Cuando usted paga el precio total de un medicamento cubierto.

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reembolso de *nuestra parte del costo de un medicamento*, consulte el **Capítulo 7** de su *Guía para los miembros*.

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, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D durante el resto del año.

4. Revise la EOB que le enviamos.

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



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

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 nuestro plan. El monto que paga depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento recetado o un resurtido. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas
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 2023. Comienza esta etapa cuando ha pagado cierto monto de los costos que paga de su bolsillo.

Mensaje importante sobre lo que paga por insulina: No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre.

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.

- Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos (nivel de costo compartido más bajo)
Incluye medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos
Incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos
Incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos
Incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Nivel 5 de costo compartido: medicamentos especializados (nivel de costo compartido más alto)
Incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo muy elevado que pueden requerir un manejo especial o monitoreo cercano.

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.
- Una farmacia fuera de la red.

En algunos casos, cubriremos los medicamentos recetados que obtiene en farmacias fuera de la red. Para saber cuándo hacemos eso, consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros*.

Para obtener más información sobre las opciones, consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros* 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 de los medicamentos de Nivel 1 y un suministro para 90 días de los medicamentos de los Niveles 2, 3 y 4. Le costará lo mismo que un suministro para un mes.

Para más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** su *Guía para los Miembros* o el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

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	El servicio de correo del plan	Una farmacia de la red para atención a largo plazo	Una farmacia fuera de la red
	Suministro para un mes o para 30 días como máximo	Suministro para un mes o para 30 días como máximo	Un suministro para hasta 31 días	Un suministro para hasta 30 días La cobertura está limitada a ciertos casos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su <i>Guía para los Miembros</i> .
Costo compartido Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0			
Costo compartido Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Su copago varía según el nivel de ayuda adicional que reciba. \$0, \$1.45 o \$4.15			
Costo compartido Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Su copago varía según el nivel de ayuda adicional que reciba. \$0, \$4.30, \$10.35			



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

	Una farmacia de la red	El servicio de correo del plan	Una farmacia de la red para atención a largo plazo	Una farmacia fuera de la red
	Suministro para un mes o para 30 días como máximo	Suministro para un mes o para 30 días como máximo	Un suministro para hasta 31 días	Un suministro para hasta 30 días La cobertura está limitada a ciertos casos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su <i>Guía para los Miembros</i> .
Costo compartido Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Su copago varía según el nivel de ayuda adicional que reciba. \$0, \$4.30, \$10.35			
Costo compartido Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Su copago varía según el nivel de ayuda adicional que reciba. \$0, \$4.30, \$10.35			

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 \$7,400. 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 Explicación de beneficios (EOB) le ayudará a llevar un registro de lo que usted ha gastado en sus medicamentos durante el año. Le avisaremos si llega al límite de \$7,400. Muchas personas no llegan al límite en un año.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

E. Etapa 2: La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Cuando alcanza el límite de costos de bolsillo de \$7,400 por sus medicamentos con receta, 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

En algunos casos, 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 un medicamento 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 menos de \$0.05 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de menos de \$0.05 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de menos de \$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 ayuda a lo siguiente:
 - Planificar mejor cuando tenga que repetir el surtido.
 - Coordinar repeticiones del surtido con otros medicamentos que tome.
 - No tener que viajar tantas veces a la farmacia.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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

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

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH para salvar la vida. 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. Si no se encuentra inscrito en el programa 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. Si está inscrito en 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 visite la página web mencionada anteriormente.

H. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, y usted no tiene que pagar nada. Llame a Atención al Cliente para obtener más información.

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 llame a Atención al Cliente cuando esté planeando vacunarse.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Podemos decirle 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. Las farmacias y los proveedores de la red han aceptado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros 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 cubierta por 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 el **Capítulo 4** de su *Guía para los Miembros*.
- 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 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.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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 claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Solicitarnos que paguemos los servicios o medicamentos	174
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago	176
C. Decisiones de cobertura	177
D. Apelaciones	178



A. Solicitarnos que paguemos los servicios o medicamentos

Los proveedores de nuestra red le deben facturar al plan los servicios y medicamentos cubiertos que usted ya ha recibido. Un Proveedor de la red 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, no la pague y envíenosla.** Para enviarnos una factura, consulte la Sección B.

- 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 coordinador 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 médica de emergencia o de urgencia de un Proveedor fuera de la red (consulte la **Sección D4 del Capítulo 3** en la página 45).

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.
- Para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red, consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros*.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Muestre su tarjeta de identificación del 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. No pague la factura.**

- Como miembro del Plan, solo tiene que pagar el copago cuando recibe servicios cubiertos. 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 que usted considere que es más de lo que debería pagar, envíenla. 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, pero cree que pagó demasiado, envíenla 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 para obtener medicamentos recetados

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

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

4. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento recetado porque no lleva con usted su tarjeta de identificación del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de identificación del plan, 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 o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación del plan.



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

5. Cuando usted 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) en nuestra página web o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que se aplique en su caso. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
 - Si no paga el medicamento, pero considera que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para los Miembros*).
 - 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 el **Capítulo 9** de la *Guía para los Miembros*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso. En algunos casos, 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 el servicio o medicamento debe cubrirse, pagaremos la parte que nos corresponde del costo de este.

Si rechazamos su solicitud de pago, podrá apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo hacer una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que efectuó. 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 los recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su coordinador 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 solicitar el pago.

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

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Puede obtener el formulario en nuestra página web ([blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com)) o puede llamar a *Atención al Cliente y pedir el formulario*.

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

Reclamaciones médicas:

Blue Shield TotalDual Plan

Medicare Customer Care

P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856

Reclamaciones de medicamentos recetados:

Blue Shield of California

P.O. Box 52066

Phoenix, AZ 85072-20

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

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento.

También decidimos el monto, si lo hubiera, que usted deberá pagar.

- Le informaremos si necesitamos información adicional de usted.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento 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 un cheque por nuestra parte del costo. Si no ha pagado, nosotros le pagaremos al proveedor directamente.

En el **Capítulo 3** de su *Guía para los Miembros*, se explica las normas que debe cumplir para obtener servicios cubiertos.

En el **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros*, se explica 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 con los motivos. La carta también le explica sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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 pagamos.

El proceso de apelaciones formales tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su Guía para los Miembros:

- Si desea presentar una apelación sobre un reembolso por un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Si desea presentar una apelación sobre un reembolso por un medicamento, consulte la **Sección G**.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

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 claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	181
B. Nuestra responsabilidad de brindarle acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	182
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud protegida (PHI).....	183
C1. Cómo protegemos su PHI.....	184
C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros.....	185
D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestros Proveedores de la red y sus servicios cubiertos	185
E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente	186
F. Su derecho a dejar Cal MediConnect Plan	186
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	187
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica.....	187
G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica usted mismo.....	188
G3. ¿Qué debe hacer si sus instrucciones no se siguen?	189



H. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado	189
H1. Cómo obtener más información sobre sus derechos	189
I. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	190



A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le brinden apropiadamente según su cultura y que estos sean accesibles. También 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 servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés y en formatos como letra grande, braille o audio o formatos alternativos sin costo si lo necesita. La Guía para los Miembros y otros materiales importantes están disponibles en otros idiomas además de inglés. Los materiales también están disponibles en armenio, camboyano, chino, farsi, hindi, hmong, japonés, coreano, laosiano, mien, panyabi, ruso, español, tagalo, tailandés, ucraniano, vietnamita. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba al Coordinador de derechos civiles de Blue Shield of California, P.O. Box 629007, El Dorado Hills, CA 95762-9007, (844) 696-6070 (TTY: 711) o correo electrónico: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com.
 - 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 Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan.
 - Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan archivará su idioma y formato preferidos para futuras comunicaciones. Para realizar actualizaciones sobre sus preferencias, comuníquese con Blue Shield TotalDual 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 a los siguientes números:

- Medicare, 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.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

B. Nuestra responsabilidad de brindarle acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) en nuestra red. Un proveedor de la red 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 el **Capítulo 3** de su *Guía para los Miembros*.
 - Llame a Atención al Cliente o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los Proveedores de la red 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 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.
- 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, sin demoras prolongadas.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede utilizar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de su *Guía para los Miembros*.
- 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 el **Capítulo 1** de su *Guía para los Miembros*.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones en cuanto a la atención médica con la ayuda de su equipo de atención y el coordinador de atención.

En el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*, se explica lo que puede hacer si considera que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un plazo razonable. También se explica 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 de salud protegida (PHI)

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

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

Usted tiene derecho a obtener su 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 cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama “Aviso sobre prácticas de privacidad”.

Para los miembros que puedan brindar consentimiento para recibir servicios confidenciales, no es necesario obtener la autorización de otro miembro para recibir los servicios confidenciales o presentar una reclamación sobre estos. Blue Shield TotalDual Plan se comunicará sobre los servicios confidenciales a la dirección postal, a la dirección de correo electrónico o al número de teléfono designados como alternativos por el miembro o bien, en caso de no asignar medios de comunicación alternativos, a nombre del miembro a la dirección o al número de teléfono que figura en los registros. Blue Shield TotalDual Plan no divulgará información médica relacionada con los servicios confidenciales a otros miembros sin autorización por escrito del miembro que recibe atención. Blue Shield TotalDual Plan atenderá las solicitudes de comunicación confidencial en el formulario y formato solicitados, si el formulario y el formato solicitados están disponibles para producirse, o en lugares alternativos. La solicitud del miembro de una comunicación confidencial relacionada con los servicios confidenciales tendrá validez hasta que el miembro revoque la solicitud o presente una nueva solicitud de comunicación confidencial.

1. Vaya a **blueshieldca.com** y haga clic en el enlace de Privacidad en la parte inferior de la página de inicio e imprima una copia.
2. Llame al número de teléfono de Atención al Cliente en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield para solicitar una copia.
3. Llame a la Oficina de Privacidad de Blue Shield of California al número gratuito (888) 266-8080 de 8:00 a. m. a 3:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



4. Envíenos un correo electrónico a privacy@blueshieldca.com.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.

Excepto en los casos que se mencionan a continuación, 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 legalmente autorizado a tomar decisiones en su nombre, puede dar el permiso por escrito.

Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes 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.
- Debemos brindar su PHI de Medi-Cal para realizar lo siguiente:
 - Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe.
 - Administrar nuestra organización.
 - Pagar sus servicios de salud.
 - Administrar su plan de salud.
 - Ayudar con temas de seguridad y salud pública.
 - Investigar.
 - Cumplir con la ley.
 - Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico examinador o el director de una funeraria.
 - Abordar solicitudes de compensación laboral, cumplimiento de ley y otras solicitudes del gobierno.
 - Responder demandas y acciones legales.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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.
- 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.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Atención al Cliente.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

En su condición de miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a obtener de nosotros información acerca de nuestro plan, nuestros Proveedores de la red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, tenemos un servicio de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llámenos al (800) 452-4413 (TTY: 711). Este es un servicio gratuito para usted. La *Guía para los Miembros* y otros materiales importantes están disponibles en otros idiomas además de inglés. Los materiales también están disponibles en armenio, camboyano, chino, farsi, hindi, hmong, japonés, coreano, laosiano, mien, panyabi, ruso, español, tagalo, tailandés, ucraniano, vietnamita. También podemos brindarle la información en letra grande, braille o audio. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Atención al Cliente.

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 los miembros del plan nos han calificado.
 - La cantidad de apelaciones realizadas por los miembros.
 - Cómo se puede dejar el plan.
- Nuestros proveedores y nuestras farmacias de la red, incluido lo siguiente:

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Cómo elegir o cambiar los Médicos de atención primaria.
- Calificaciones de nuestros Proveedores y farmacias de la red.
- Cómo les pagamos a los Proveedores en nuestra red.
- Servicios y medicamentos cubiertos y sobre las normas que debe cumplir, incluido lo siguiente:
 - Servicios (consulte los **Capítulo 3 y 4** de su *Guía para los Miembros*) y medicamentos cubiertos (consulte los **Capítulo 5 y 6** de su *Guía para los Miembros*) por nuestro 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 (consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*), 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 no pueden facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores en nuestra red no pueden hacerlo pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle saldos ni cobrarle si les pagamos menos de lo que el Proveedor cobró. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red trata de cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su *Guía para los Miembros*.

F. Su derecho a dejar nuestro 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 otro plan Medicare Advantage.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

- Consulte el **Capítulo 10** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre lo siguiente:
 - Cuándo puede unirse a un nuevo plan Medicare Advantage o un plan de beneficios de medicamentos recetados.
 - Cómo recibirá sus beneficios de Medi-Cal si deja nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros Proveedores de atención médica para tomar decisiones sobre atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones

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 las distintas opciones de tratamiento.
- **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”.** Tiene derecho a negarse a recibir 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.
- **Solicítarnos 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.
- **Solicítarnos que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que no suele tener cobertura.** Esto se denomina decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros* explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda

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, incluso la atención que **no** quiere recibir.

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 obligatorio que tenga directivas anticipadas, pero puede. Si desea utilizar una “directiva anticipada” 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 farmacias y consultorios de proveedores a menudo tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratis en línea y descargarlo. También puede comunicarse con Atención al Cliente y solicitar los formularios.
- **Completar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar tener un abogado u otra persona en la que usted confíe, como un miembro de su familia o su PCP, para ayudarle a completarlo.
- **Proporcionar copias a las personas que deben 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 miembros de la familia. 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.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.blueshieldca.com/medicare.



Tiene derecho a lo siguiente:

- Incluir directivas anticipadas en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar sus directivas anticipadas en cualquier momento.
- Conocer los cambios en las leyes sobre directivas anticipadas. Blue Shield TotalDual Plan le informará sobre los cambios en la ley estatal a más tardar 90 días después del cambio.

Es su elección llenar un formulario de directivas anticipadas o no. Para obtener más información, llame a Atención al Cliente.

G3. ¿Qué debe 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 (Organización para la mejora de la calidad de California) al (877) 588-1123; los usuarios de TTY deben llamar al (855) 887-6668 o escribir a BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701.

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

El **Capítulo 9** indica 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 del plan han presentado en contra de nosotros. Para obtener esta información, llame a Atención al Cliente.

H1. Qué debe hacer respecto del trato injusto y cómo obtener más información sobre sus derechos

Si considera que se lo ha tratado de manera injusta, y **no** se trata de discriminación por los motivos que figuran en el **Capítulo 11** de su *Guía para los Miembros*, o desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a los siguientes sitios:

- Atención al Cliente al 1-800-452-4413 (TTY: 711).

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) al (800) 434-0222 (TTY: 711). Para obtener más información sobre HICAP, consulte la Sección E del Capítulo 2.
- Programa Ombuds al 1-888-452-8609. Para obtener más información sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de su *Guía para los Miembros*.
- 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** de su *Guía para los Miembros*. 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** de su *Guía para los Miembros*.
- **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 del plan siempre que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a que sus médicos** y otros proveedores de atención médica le brinden la mejor atención.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- 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.
- Haga todas las preguntas que tenga. 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 que recibió, pregunte nuevamente.
- **Trabaje con su coordinador de la atención**, lo que incluye completar una evaluación anual de riesgo de la salud.
- **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 otros Proveedores.
- **Infórmenos sobre los servicios que reciba fuera de nuestro plan.**
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Las primas de las Partes A y B de Medicare. Para la mayoría de los miembros del 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.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, comuníquenoslo de inmediato. Llame a Atención al Cliente.
 - **No puede seguir siendo miembro de nuestro plan si se muda fuera del área de servicio.** Solo aquellas personas que vivan en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan. Para conocer nuestra área de servicio, consulte el **Capítulo 1** de su *Guía para los miembros*.
 - Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
 - Asegúrese de informarle a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Para conocer los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal, consulte el **Capítulo 2** de su *Guía para los Miembros*.
 - **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.



- **Díganos si tiene un nuevo número de teléfono** o una mejor manera de comunicarnos con usted.
- Llame a Atención al Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Capítulo 9: Qué debe 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).

Este capítulo se divide en diferentes secciones que le ayudan a encontrar con facilidad lo que busca. **Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación.**

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 de su plan de atención. **Si tiene un problema relacionado con su atención, puede llamar al Programa Ombuds al 1-888-452-8609 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 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 de su *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	195
A1. Acerca de los términos legales.....	196
B. Cómo obtener ayuda.....	196
B1. Para más información, consulte:	196

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



C. Cómo comprender los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan	198
D. Problemas con los beneficios	198
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	199
E1. Decisiones de cobertura.....	199
E2. Apelaciones	200
E3. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	200
E4. ¿Qué sección de este capítulo lo ayudará?.....	201
F. Atención médica.....	202
F1. Use esta sección si sucede lo siguiente:	202
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura.....	203
F3. Cómo hacer una apelación de Nivel 1	206
F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2.....	209
F5. Problemas con pagos.....	215
G. Parte D de Medicare (medicamentos recetados).....	217
G1. Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D	217
G2. Consulte “Parte D de Medicare”.....	219
G3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones	221
G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	222
G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	225
G6. ¿Qué es una apelación de Nivel 2?	227
H. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada	229
H1. Conozca sus derechos de Medicare	230
H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	231
H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	233



H4. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa	234
H5. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 alternativa	235
I. Pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos	236
I1. Aviso de anticipación antes de que finalice su cobertura	236
I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	237
I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	239
I4. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa	240
I5. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 alternativa	241
J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	242
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare	242
J2. Apelaciones a Medi-Cal adicionales	243
J3. Niveles 3, 4, y 5 de apelaciones sobre los medicamentos de la Parte D	244
K. Cómo presentar un reclamo	245
K1. Sobre qué tipos de problemas deben ser los reclamos	245
K2. Reclamos internos	247
K3. Reclamos externos	249

A. Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. Eso depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso **para decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar reclamos**, también llamados quejas.

Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

A1. Acerca de los términos legales

Existe terminología legal 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, podríamos decir lo siguiente:

- “Presentar un reclamo” en lugar de “interponer un reclamo”.
- “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”.
- “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”.

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, por eso también los explicamos.

B. Cómo obtener ayuda

B1. Para 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.

Cómo obtener 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 ayudarlo 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 Health Consumer Alliance

Puede llamar a Health Consumer Alliance y hablar con un defensor sobre sus preguntas sobre su cobertura de salud. Esto también implica ayuda legal gratuita. Health Consumer Alliance no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. El número de teléfono es 1-888-804-3536 y la página web es www.healthconsumer.org.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Para obtener más información y ayuda, puede ponerse en contacto con Medicare. 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite la página web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medi-Cal (Medicaid)

Agencias de Medi-Cal (Medicaid) por condado (California)		
Su condado	Nombre de la agencia	Llame al
Condado de Los Ángeles	Departamento de Servicios Sociales Públicos	1-866-613-3777
Condado de San Diego	Agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos	1-866-262-9881
PÁGINA WEB:	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx	

Cómo obtener ayuda del Departamento de Servicios de Salud de California

El defensor de la atención administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Salud de California (DHCS) puede ayudarlo si tiene problemas para inscribirse, cambiarse o abandonar un plan de salud. También pueden ayudarlo si se mudó y tiene problemas con la transferencia de Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al defensor de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al 1-888-452-8609.

Cómo obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

Póngase en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada de California para obtener ayuda sin costo. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre 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.

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 1-800-452-4413 y utilizar el proceso de quejas de su plan antes de comunicarse con el departamento. El uso del procedimiento para quejas no le quita ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar disponible para usted. Si necesita asistencia con una queja que involucra una emergencia, una queja que su plan de salud no ha solucionado de manera satisfactoria

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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.dmhca.gov** cuenta con formularios de reclamo, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

C. Cómo comprender los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medi-Cal. Esto suele denominarse “proceso integrado”, ya que combina o integra procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces, los procesos de Medicare y Medi-Cal no pueden combinarse. En esos casos, usted usará un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medi-Cal. La **Sección F4** explica estas situaciones.

D. Problemas con los beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para resolver sus problemas o reclamos.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura? Esto incluye los problemas sobre si la atención médica 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 E, “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección K, “Cómo presentar un reclamo”.

E. Decisiones de cobertura y 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.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura favorable para usted siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista.

Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. **Si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare o Medi-Cal para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es gestionada por personas diferentes de las que tomaron la decisión desfavorable original.

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 185 para obtener más información.

Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que explicamos más adelante en la Sección F2 de este capítulo, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si se **rechaza** su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo comunicaremos.
- En otras situaciones, usted **deberá pedirnos** una apelación de Nivel 2.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la Sección F4.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

E3. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

Puede comunicarse con cualquiera de los siguientes recursos para obtener ayuda:

- **Atención al Cliente**, a los números que aparecen en la parte inferior de la página.
- **Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP)** al 1-800-434-0222.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

- **El 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 con apelaciones sobre 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.
- **Su médico o Proveedor.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre.
- **Un amigo o miembro de su familia.** 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.
- **Un abogado.** Tiene derecho a recurrir a un abogado, pero **no está obligado a hacerlo** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede llamar a su propio abogado o buscar a un 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.
 - Puede solicitar un abogado de asistencia legal de Health Consumer Alliance al 1-888-804-3536.

Si quiere que lo represente un abogado u otra persona, deberá llenar el formulario de Designación de un representante. El formulario le otorga a la otra persona el permiso para que actúe en su nombre.

Llame a Atención al Cliente a alguno de los números que figuran en la parte inferior de la página y pida el formulario “Designación de un representante”. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.

Usted debe darnos una copia del formulario firmado.

E4. ¿Qué sección de este capítulo lo ayudará?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. Por esto, le damos los detalles de cada situación en una sección aparte de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Atención médica”.
- **Sección G**, “Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare”.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- **Sección H**, “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada”.
- **Sección I**, “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos” (se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Atención al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud.

F. Atención médica

Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención.

Esta sección es sobre los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica que se describen en el Capítulo 4 de su Guía para los Miembros. En general, hablaremos de “cobertura para atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección. El término “atención médica” incluye productos y servicios médicos, y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare que, por lo general, le administra su médico o profesional de atención médica. Pueden aplicarse diferentes normas a un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué forma las normas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las normas para los productos y servicios médicos.

F1. Cómo usar esta sección

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Cree que cubrimos la atención médica que necesita pero que no está recibiendo.

Qué puede hacer: puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió atención médica que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



4. Recibió y pagó atención médica que usted creía que estaba cubierta, y quiere que le reembolsemos el dinero.

Qué puede hacer: Puede pedirnos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para determinada atención médica y cree que nuestra decisión podría afectar su salud.
6. Está experimentando demoras en la atención o no puede encontrar un médico.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) o para los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), se aplican normas especiales. Para obtener más información, consulte la **Sección H** o la **Sección I**.
- Para todas las demás situaciones que impliquen reducir o cancelar su cobertura para cierta atención médica, use esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una “**determinación integrada de la organización**”.

Usted, su médico o su representante puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura:

- Llamando: (800) 452-4413 TTY: 711.
- Enviando un fax: (877) 251-6671.
- Por escrito: BlueShield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856

Cómo solicitar una decisión de cobertura estándar

Blue Shield TotalDual Plan tomará una decisión sobre aprobaciones previas para servicios de rutina en el plazo de 5 días hábiles a partir del momento en que Blue Shield TotalDual Plan reciba la información que necesita para tomar la decisión y, a más tardar, 14 días calendario después de que Blue Shield TotalDual Plan reciba la solicitud. Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar” a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. La decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta sobre lo siguiente:

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Un servicio médico o artículo en un plazo de 5 días hábiles después de haber recibido su solicitud.
- Un medicamento recetado de la Parte B de Medicare en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud.

Para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si usted pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si usamos días adicionales para tomar una decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos más días si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.**

Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, incluido un reclamo rápido, consulte la **Sección K**.

Decisión de cobertura rápida:

El término legal para “decisión rápida de cobertura” es “determinación acelerada”.

Cuando nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud exige una respuesta rápida, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. Una decisión rápida de cobertura significa que le daremos una respuesta sobre lo siguiente en los siguientes plazos:

- Un servicio o artículo médico en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud.
- Un medicamento recetado de la Parte B de Medicare en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud.

Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. **No podemos tomarnos más días si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.**

Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales para tomar una decisión de cobertura, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Para



obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, incluido un reclamo rápido, consulte la Sección K. Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Está solicitando la cobertura para atención médica que **no ha recibido**. No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que haya recibido.
- Los plazos estándares podrían poner **su salud en grave peligro** o dañar su capacidad funcional.

Si el médico nos indica que su salud lo requiere, tomaremos automáticamente una “decisión rápida de cobertura”. Si nos la pide sin el respaldo de su médico, decidiremos si le otorgaremos una decisión rápida de cobertura.

Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos y usaremos los plazos estándares en su lugar. En esta carta se indica lo siguiente:

- Si su médico solicita una decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
- Se le explicará cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de una decisión rápida de cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, incluido un reclamo rápido, consulte la **Sección K**.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta para explicarle los motivos.

- Si la **rechazamos**, tiene derecho a solicitar 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 decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección F3).

En circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo será rechazada la solicitud incluyen los siguientes:

- Si la solicitud está incompleta.
- Si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Si solicita que se retire la solicitud.

Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se explicará por qué la solicitud fue rechazada y cómo pedir una revisión de la denegación. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se describen en la siguiente sección.

F3. Cómo hacer una apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante debe ponerse en contacto con nosotros. Puede llamarnos al 1-800-452-4413 (TTY: 711).

Pida una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al 1-800-452-4413 (TTY: 711).

- Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicitan continuar recibiendo un servicio o artículo que ya recibe durante su apelación, es posible que deba nombrarlos como su representante para que intervenga en su nombre.
- Si un tercero, que no sea su médico, está apelando, debe adjuntar el Formulario de designación de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar con nuestra revisión o terminarla si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, pasa lo siguiente.
 - Rechazamos su solicitud.
 - Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una Organización de revisión independiente revise nuestra decisión o rechace su 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.

Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.



Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”.

El término legal para una “apelación rápida” es **“reconsideración acelerada”**.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- El proceso para solicitar una apelación rápida es el mismo que para solicitar una decisión rápida de cobertura. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida de cobertura de la **Sección F2**.
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Si le informamos que cancelamos o reducimos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar recibiendo esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos modificar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que ya recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha que figura en nuestra carta o la fecha propuesta de entrada en vigor de la medida, la que resulte posterior.
 - Si cumple con este plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo sin cambio alguno mientras se procesa su apelación de Nivel 1.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no son el objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, el servicio o el medicamento se cancelarán mientras espera la decisión de apelación.

Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica.
- Verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico para obtener más información.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Plazos para una “apelación rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su 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. Luego, una Organización de revisión independiente revisa su apelación. Más adelante en este capítulo, le hablamos sobre esta organización y explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una “apelación estándar”

- Cuando usamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 30 días calendario después de recibida su apelación para la cobertura de servicios que aún no ha recibido.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que no recibió, le damos nuestra respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibida su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere.

Si no le damos una respuesta en el plazo establecido, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una Organización de revisión independiente revisa su apelación. Más adelante en este capítulo, le hablamos sobre esta organización y explicamos el proceso de apelaciones de Nivel.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 30 días calendario, o **en el plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, usted tiene derechos adicionales de 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 Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- 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.

F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En la carta se le informará si Medicare, Medi-Cal o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si el problema se relaciona con un servicio o artículo que **Medicare** normalmente cubre, 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 que **Medi-Cal** normalmente cubre, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. La carta le indicará cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo. No presentamos automáticamente una apelación de Nivel 2 en su caso por los servicios o artículos de Medi-Cal.
- Si el problema se relaciona con un servicio o artículo que podría estar cubierto por **Medicare y Medi-Cal**, obtendrá de manera automática una apelación de Nivel 2 con la Organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial con el estado.

Si cumple con los requisitos para continuar con sus beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Para obtener más información sobre continuar con sus beneficios durante el Nivel 1 de apelación, consulte la **Sección F3**.

- Si su problema se relaciona con un servicio que normalmente cubre solo Medicare, sus beneficios por dicho servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la Organización de revisión independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que normalmente cubre solo Medi-Cal, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo de 10 días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

Mi problema se relaciona con un servicio o artículo que normalmente cubre Medicare.

La Organización de revisión independiente revisa su apelación. La IRE es una organización independiente que contrata Medicare.

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”, en ocasiones denominada “IRE”.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para que sea la Organización de revisión independiente y Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación (“archivo de su caso”). Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una “apelación rápida” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación rápida” en el Nivel 2.

- Si se le concedió una “apelación rápida” en el Nivel 1, se le concederá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La Organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.

Si se le concedió una “apelación estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si se le concedió una “apelación estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación estándar” en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la Organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la Organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.

La Organización de revisión independiente le da su respuesta por escrito y le explica los motivos.

- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de servicios o artículos médicos, debemos implementar de inmediato la decisión de la siguiente manera:**
 - Autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas**.



- Proporcionar el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de haber recibido la decisión de la Organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**.
- Proporcionar el servicio **en un plazo de 72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- Si la Organización de revisión independiente **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o brindarle el medicamento recetado de la Parte B de Medicare en cuestión en los siguientes plazos:
 - En un plazo de 72 horas después de recibida la decisión de la Organización de revisión independiente para solicitudes estándar.
 - **En un plazo de 24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la Organización de revisión independiente rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si su caso cumple con los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 por un total de cinco niveles de apelación.

Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.

A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5, consulte la Sección J.

Mi problema se relaciona con un servicio o artículo que normalmente cubre Medi-Cal.

Existen dos formas de presentar una apelación de Nivel 2 para los servicios y artículos de Medi-Cal: (1) presentación de una queja o una solicitud para una revisión médica independiente o (2) audiencia estatal.

(1) Revisión médica independiente



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

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 condición 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 216 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 a su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de los 6 meses por una



buena causa, como una condición médica que no le permitió solicitar una IMR en el plazo de 6 meses o si no recibió 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 TTY 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 TTY 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 para una IMR, 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 para una IMR, 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



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

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 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.

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 194 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 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 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.

La Oficina de Audiencia Imparcial le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

- Si la Oficina de Audiencia Imparcial **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó para un servicio o artículo médico, debemos autorizar o brindarle el servicio o artículo **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión.
- Si la Oficina de Audiencia Imparcial **rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la Organización de revisión independiente o la Oficina de Audiencia Imparcial **rechazan** parte o la totalidad de su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su apelación de Nivel 2 fue transferida a la Organización de revisión independiente, puede presentar una nueva apelación solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un cierto monto mínimo. A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. **En la carta que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicarán otros derechos de apelación que puede tener.**

En la carta que reciba de la Oficina de Audiencia Imparcial, se describe la siguiente opción de apelación.

Para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2, consulte la Sección J.

F5. Problemas con pagos

No permitimos que nuestros Proveedores de la red 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



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

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. Pero, si efectivamente abona la factura, puede obtener un reembolso si respetó las normas para recibir los servicios y artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de su *Guía para los Miembros*. Esta Guía describe las situaciones en las que tal vez necesite solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que ha recibido. También le dice cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

Si solicita un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Nosotros determinaremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto y comprobaremos 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.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección F3**. 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 la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suelen estar cubiertos por **Medicare**, enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente (IRE). Le enviaremos una carta para comunicarle al respecto.

- Si la Organización de revisión independiente revierte nuestra decisión e indica 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 de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

- Si la Organización de revisión independiente **rechaza** su apelación, eso implica que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta en la que se le explicarán los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Para obtener más información sobre niveles de apelación adicionales, consulte la Sección J.

Si rechazamos su apelación y **Medi-Cal** suele cubrir el servicio o artículo, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. No presentamos automáticamente una apelación de nivel 2 por usted. Para obtener más información, consulte la **Sección F4**.

G. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. Muchos de ellos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D que 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.** Hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez la expresión “medicamento de la Parte D”.

Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertas referencias médicas. Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros*.

G1. Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como las siguientes:
 - Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.
 - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- 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 surtirse como está escrita, usted obtendrá un aviso por escrito en el que se explica cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **“determinación de cobertura”**.

- Pedirnos que paguemos por un medicamento recetado que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre un pago.



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 siguiente cuadro como ayuda.

¿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).
Empiece con la Sección G2 y luego consulte las Secciones G3 y G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G5 .

G2. Excepciones de la Parte D

Si no cubrimos un medicamento como a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

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.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Pedir la cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o la eliminación de una restricción para un medicamento se denomina, en ocasiones, **“excepción al formulario”**.

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 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, deberá pagar el copago que se aplique a los medicamentos del Nivel 4: medicamentos no preferidos.
- No puede obtener una excepción al monto del copago requerido para el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.

- Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su *Guía para los Miembros*).
- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Que se exija utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del de marca.
 - Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto suele denominarse “autorización previa”.
 - Que se exija probar primero con otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”.
 - Límites de cantidad. Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.
 - 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.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.

Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.



Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **“excepción de nivel”**.

- 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 para tratar su condición médica se encuentra en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al medicamento alternativo. Esto reduciría el monto del copago del medicamento.

Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de producto biológico para tratar su condición.

Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su condición.

Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su condición.

- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5: medicamentos especializados.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel más bajo de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

G3. 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. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida 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



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

una excepción. Si solicita una excepción de nivel, por lo general no aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos no funcionen igual de bien para usted o puedan causarle reacciones adversas y otro tipo de daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud.

- 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 cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación**. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo realizar una apelación.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-800-452-4413 (TTY: 711) o hágalo por escrito o fax. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- 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.
- Para saber cómo nombrar a alguien como su representante, consulte la **Sección E3**.
- 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 la Guía para los Miembros.
- Si solicita una excepción, proporciónenos una "declaración de apoyo". Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento.
- Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. También nos los pueden indicar por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.



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.

Una “decisión rápida de cobertura” se denomina una **“determinación acelerada de cobertura”**.

Puede obtener una “decisión rápida de cobertura” en estos casos:

- Es por un medicamento que no usted no consiguió. No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.
- Su salud o su capacidad funcional se verían gravemente perjudicados si utilizamos los plazos estándares.

Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos tomar una decisión rápida de cobertura. Se lo avisamos en una carta.

- Si nos pide una decisión rápida de cobertura sin el respaldo de su médico u otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si le otorgaremos una decisión rápida de cobertura.
- Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, usaremos los plazos estándares en su lugar.

Se lo avisamos en una carta. En la carta, se le comunicará cómo presentar un reclamo sobre nuestra decisión.

Puede presentar una queja rápida y obtener una decisión en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre la presentación de reclamos, incluido un reclamo rápido, consulte la **Sección K**.

Plazos para una “decisión rápida de cobertura”

- Cuando utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido su la declaración de apoyo de su médico. 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 para que la revise una Organización de revisión independiente. Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección G6**.
- **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 de apoyo del médico.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le explicará cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que no recibió

- Cuando utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de apoyo de su médico. 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 para que lo revise una Organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos darle la cobertura en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibimos su solicitud o la declaración de apoyo del médico para que hagamos un excepción.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le indica cómo puede realizar una apelación.

Plazos límite para una decisión estándar de cobertura sobre 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 para que lo revise una Organización de revisión independiente.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le proporcionaremos el reembolso en un plazo de 14 días calendario.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le indica cómo puede realizar una apelación.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Una apelación al plan sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una “**redeterminación**” del plan.

- Para realizar la **apelación estándar o rápida**, llame al (800) 452-4413 (TTY: 711) de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación.
- 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.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”.

Una “apelación rápida” también se llama una “**redeterminación acelerada**”.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros 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”. Para obtener más información, consulte la **Sección G4**.

Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Revisamos su apelación y 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 usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Plazos para una “apelación rápida” en el Nivel 1

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**.
- Le daremos una respuesta más rápido si su 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. La Organización de revisión independiente revisa su apelación. Para obtener más información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación del Nivel 2, consulte la **Sección G6**.

- Si **aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en donde explicaremos los motivos y le indicaremos cómo puede realizar una apelación.

Plazos para una “apelación estándar” en el Nivel 1

- Si usamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación para un medicamento que aún no ha recibido.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”.

Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 7 días calendario, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. La Organización de revisión independiente revisa su apelación. Para obtener más información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación del Nivel 2, consulte la **Sección G6**.

Si **aprobamos** parte o la totalidad de lo que solicitó:

- Debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más allá de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- Debemos enviarle el pago de un medicamento que compró en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación.



Si **rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó:

- Le enviaremos una carta en donde explicaremos los motivos y le indicaremos cómo puede realizar una apelación.
- Debemos darle una respuesta sobre el reembolso de un medicamento que usted compró en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su apelación.

Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 14 días calendario, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. La Organización de revisión independiente revisa su apelación. Para obtener más información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación del Nivel 2, consulte la **Sección G6**.

- Si **aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido la solicitud.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en donde explicaremos los motivos y le indicaremos cómo puede realizar una apelación.

G6. ¿Cómo realizar una apelación de Nivel 2?

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, puede optar por aceptar esta decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones. La Organización de revisión independiente revisa nuestra decisión de rechazar su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**” a veces denominada “**IRE**”.

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ponerse en contacto con la Organización de revisión independiente por escrito y pedir una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, la carta que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo ponerse en contacto con la organización.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

La Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación sobre la Parte D y le comunica una respuesta por escrito. Para obtener más información sobre la Organización de revisión independiente, consulte la **Sección F4**.

Plazos para una “apelación rápida” en el Nivel 2

Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de revisión independiente.

- Si la Organización de revisión independiente acepta darle una “apelación rápida”, debe responder **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- Si la Organización de revisión independiente **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Plazos para una “apelación estándar” en el Nivel 2

Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Organización de revisión independiente debe darle una respuesta:

- **Dentro de los 7 días calendario** después de que reciban su apelación por un medicamento que usted no obtuvo.
- **Dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su apelación para el reembolso de un medicamento que compró.

Si la Organización de revisión independiente **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó:

- Debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas después de recibir la decisión de la Organización de revisión independiente.
- Debemos reembolsarle un medicamento que compró dentro de un plazo de 30 días calendario después de recibir la decisión de la Organización de revisión independiente.

Si la Organización de revisión independiente **rechaza** su apelación, eso implica que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es inferior al mínimo exigido, no puede presentar otra apelación. En



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

ese caso, la decisión de apelación de Nivel 2 es definitiva. La Organización de revisión independiente le envía una carta en la que se le indica el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- **Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, usted debe hacer lo siguiente:**
 - Decidir si quiere presentar una apelación de Nivel 3.
 - Consultar la carta que la Organización de revisión independiente le envió después de su apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. Para obtener más información sobre las Apelaciones del Nivel 3, 4 y 5, consulte la **Sección J**.

H. 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. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de su *Guía para los Miembros*.

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 la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- 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 o le preocupa la atención que recibirá después de salir del hospital, puede pedir una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo solicitarla.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

H1. 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 aviso por escrito titulado **“Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”**. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital.

Si no tiene el aviso, pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Atención al Cliente a los números que aparecen en la parte inferior de la página. 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 aviso 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.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar este aviso **solo** demuestra que ha recibido la información sobre 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.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Puede ver una copia de este aviso por adelantado si realiza lo siguiente:

- Llame a Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Visita www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

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 ver si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La Organización para la mejora de la calidad está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Llámelos al (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668). La información de contacto también se encuentra en el aviso, "Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos", y en el **Capítulo 2**.

Llame a la Organización para la mejora de la calidad antes de retirarse del hospital y no después de su fecha prevista del alta.

- **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.
- **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. Para obtener más información sobre presentar la apelación directamente a nosotros, consulte la **Sección G4**.



- 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 F4** en la página 193 para saber cómo presentar un reclamo o solicitarle una Revisión médica independiente al DMHC.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página.
- También puede llamar al Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) al 1-800-434-0222.

Solicite una “revisión rápida” Póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y pida una “revisión rápida” de su alta del hospital.

El término legal para una “revisión rápida” es **“revisión inmediata” o “revisión acelerada”**.

¿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 está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, recibirá un aviso en el que se le explicarán las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es médicamente apropiado que reciba el alta en esa fecha.

El término legal para la explicación por escrito es **“Aviso detallado del alta”**. Para obtener una copia, puede llamar a Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página 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 bien, puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

Si la Organización para la mejora de la calidad **acepta** su apelación:

- Debemos seguir brindándole servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación:

- Creen que su fecha prevista del alta es médicamente apropiada.
- La cobertura del plan 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.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a 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 de Nivel 1 y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista de alta, puede presentar una apelación de Nivel 2.

H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Llame al (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668).

Debe pedir esta revisión **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.

Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán lo siguiente:

- Otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud de una segunda revisión, decidirán sobre su apelación de Nivel 2 y le informarán su decisión.

Si la Organización para la mejora de la calidad **acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1.



- Le brindaremos los servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En la carta que reciba se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.
- 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 187 para saber cómo presentar un reclamo ante el DMHC o solicitarle una Revisión médica independiente.

A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. Para obtener más información sobre las Apelaciones del Nivel 3, 4 y 5, consulte la **Sección J**.

H4. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

El plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad para una apelación de Nivel 1 es de 60 días o no más tarde de la fecha de alta hospitalaria prevista. Si no cumple con el plazo de apelación de nivel 1, puede utilizar un proceso de “apelación alternativa”.

Llame al número de Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página y solicite una “revisión rápida” de su fecha del alta del hospital.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

- Analizamos toda la información sobre su hospitalización.
- Comprobamos si la primera decisión fue justa y se ajustó a las normas.
- Usamos los plazos rápidos en lugar de los estándar y le comunicamos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de su solicitud de una “revisión rápida”.

Si **aceptamos** su apelación rápida significa lo siguiente:

- Estamos de acuerdo en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha del alta.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Debemos seguir brindándole servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- 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.

Si rechazamos su solicitud de revisión rápida

- Estamos de acuerdo en que su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura de los servicios para pacientes hospitalizados finaliza el día que le indicamos.
- No pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si permaneció en el hospital, 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, enviamos su apelación a una “Organización de revisión independiente”. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

H5. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 alternativa

Enviamos la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su apelación de Nivel 1. Esto se hace de forma automática. No necesita hacer nada.

Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. Para obtener más información sobre reclamos, consulte la **Sección K**.

La Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Hacen una revisión cuidadosa de toda la información sobre su alta hospitalaria y, por lo general, le brindan una respuesta en un plazo de 72 horas.

Si la Organización de revisión independiente **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.
- Le brindaremos servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.



Si la Organización de revisión independiente **rechaza** su apelación:

- Significa que están de acuerdo en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
- En la carta que reciba se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. Para obtener más información sobre las Apelaciones del Nivel 3, 4 y 5, consulte la **Sección J**.

También puede presentar un reclamo ante el DMHC o solicitarle una Revisión médica independiente para prolongar su hospitalización. Consulte la Sección F4 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.

I. Cómo pedirnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos

Esta sección solo trata los tres tipos de servicios que puede recibir:

- 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 servicios, 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 ese servicio, dejaremos de pagarlo.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso de anticipación antes de que finalice su cobertura

Recibirá un aviso por escrito al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”. En el aviso se indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención y cómo realizar una apelación de nuestra decisión.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibieron. Firmar este aviso **solo** demuestra que ha recibido la información. Firmar este aviso **no** significa que usted está de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica el proceso de apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **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. Para obtener más información sobre reclamos, consulte la **Sección K**.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página.
 - También puede llamar al Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) al 1-800-434-0222.
- **Póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad.**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo contactarse con ellos.
 - Solicite que revisen su apelación y decidan si debemos cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápido y pida una “apelación rápida”.** Pregunte a la Organización para la mejora de la calidad si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare que le enviamos.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más detalles sobre cómo hacerlo, consulte la **Sección I4**.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- 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 F4 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 copia, llame a Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página o 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. O bien, puede ver una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

¿Qué sucede durante una apelación 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. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que le ha dado nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá un aviso al final del día en el que los revisores nos informan sobre su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación detallada de no cobertura**”.

- Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente **acepta** su apelación:

- Entonces debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.

Si la organización de revisión independiente **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Dejaremos de pagar la parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios 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.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Llame al (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668).

Debe pedir esta revisión **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.

Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán lo siguiente:

- Otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud de una segunda revisión, decidirán sobre su apelación de Nivel 2 y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente **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.

Si la organización de revisión independiente **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de poner fin a su atención y no la cambiarán.
- En la carta que reciba se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.
- 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 F4, 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.

A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. Para obtener más información sobre las Apelaciones del Nivel 3, 4 y 5, consulte la **Sección J**.

I4. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

Como se explica anteriormente en la **Sección I2**, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su apelación de Nivel 1. Si no cumple con el plazo, puede utilizar un proceso de “apelación alternativa”.

Llame a Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página y solicite una “revisión rápida”.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

- Revisamos toda la información sobre su caso.
- Comprobamos si la primera decisión fue justa y se ajustó a las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura de los servicios.
- Usamos los plazos rápidos en lugar de los estándar y le comunicamos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de su solicitud de una “revisión rápida”.

Si **aceptamos** su apelación rápida significa lo siguiente:

- Estamos de acuerdo en que necesita servicios durante más tiempo.
- Seguiremos cubriendo los servicios mientras sigan siendo médicamente necesarios.
- 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 significa lo siguiente:

- Nuestra cobertura de estos servicios finaliza el día que le indicamos.
- No pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Usted paga el costo total de estos servicios si sigue recibéndolos después de la fecha en la que comunicamos la finalización de la cobertura.



- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas, enviamos su apelación a una “Organización de revisión independiente”. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

I5. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 alternativa

Durante una apelación de Nivel 2 sucede lo siguiente:

Enviamos la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su apelación de Nivel 1. Esto se hace de forma automática. No necesita hacer nada.

Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. Para obtener más información sobre reclamos, consulte la **Sección K**.

La Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Hace una revisión cuidadosa de toda la información sobre el alta del hospital y, por lo general, le da una respuesta en el plazo de 72 horas.

Si la organización de revisión independiente **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 servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la organización de revisión independiente **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de poner fin a su atención y no la cambiarán.
- En la carta que reciba se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

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 F4 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.

A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. Para obtener más información sobre las Apelaciones del Nivel 3, 4 y 5, consulte la **Sección J**.



J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. 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.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare por el cual apeló no alcanza un determinado importe mínimo en dólares, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. En la carta que recibe de la Organización de revisión independiente para su apelación de Nivel 2, se explica con quién debe ponerse en contacto y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un Juez Administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un juez administrativo o abogado mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador decide a favor de su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o abogado mediador.

Si el juez administrativo o el abogado mediador **rechaza** su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si **no quiere aceptar** la decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará qué debe hacer para realizar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Si el Consejo decide **a favor** de su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisión de la apelación de Nivel 3 a favor de usted, tenemos derecho a apelar al nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.

Si el Consejo **rechaza** la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si **no quiere aceptar** la decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué debe hacer.

Apelación de Nivel 5

Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **aceptar** o **rechazar** dicha apelación. Esta es la decisión final. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones a Medi-Cal adicionales

También puede tener más derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medi-Cal normalmente cubre. En la carta que reciba de la Oficina de Audiencia Imparcial, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones. 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.

J3. Niveles 3, 4, y 5 de apelaciones sobre los medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará con quién ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un Juez Administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un juez administrativo o abogado mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador decide a favor de su apelación:

- El proceso de apelaciones concluye.
- Debemos autorizar o brindarle la cobertura para el medicamento aprobado dentro de las 72 horas (o 24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el juez administrativo o el abogado mediador **rechaza** su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.



- Si **no quiere aceptar** la decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo decide **a favor** de su apelación:

- El proceso de apelaciones concluye.
- Debemos autorizar o brindarle la cobertura para el medicamento aprobado dentro de las 72 horas (o 24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si **no quiere aceptar** la decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué debe hacer.

Apelación de Nivel 5

Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **aceptar** o **rechazar** dicha apelación. Esta es la decisión final. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar un reclamo

K1. 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.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	• Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• Un proveedor de atención médica o el personal fue descortés o le faltó el respeto. • Nuestro personal lo trató mal. • Cree que lo están presionando para que deje el plan.
Asistencia sobre accesibilidad e idiomas	• No puede acceder físicamente a los servicios de atención médica y a los centros en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no ofrecen un intérprete para otro idioma que no sea inglés (como lenguaje de señas estadounidense o español). • Su Proveedor no le ofrece una adaptación razonable a sus necesidades.
Tiempos de espera	• Tiene problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla. • Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de atención médica o a Atención al Cliente u otro personal del plan.
Limpieza	• Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Reclamo	Ejemplo
Información que obtiene de nosotros	• 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. • Cree que no enviamos a tiempo su caso a la Organización de revisión independiente.

Existen distintos tipos de reclamos. 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 llamar a Atención al Cliente al (800) 452-4113.

El término legal para un “reclamo” es un **“queja”**.

El término legal para “presentar un reclamo” es **“interponer una queja”**.

K2. Reclamos internos

Para realizar un reclamo interno, llame a Atención al Cliente al 1-800-452-4413 (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.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

- También puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo. Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- Esta es la manera en que funciona:
 - Paso 1: Presentación de queja

Para comenzar con el proceso, llame a un representante de Atención al Cliente en el plazo de 60 días calendario del evento y solicite presentar una queja. También puede presentar una queja por escrito en el plazo de 60 días calendario a partir del evento enviándola a la siguiente dirección:

Blue Shield TotalDual Plan
Appeals & Grievances Department
P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
FAX: (916) 350-6510

Si se pone en contacto con nosotros por fax o correo, llámenos para solicitar un **Formulario de quejas y apelaciones de Blue Shield TotalDual Plan**.

Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días calendario para informarle que recibimos el aviso de su inquietud y darle el nombre de la persona que está a cargo. Generalmente, lo resolveremos en un plazo de 30 días calendario.

Si solicita una “queja acelerada” porque decidimos no darle una “decisión rápida” o “apelación rápida”, enviaremos su solicitud a un director médico que no se encontraba involucrado en nuestra decisión original. Podemos preguntar si tiene información adicional que no estaba disponible en el momento en que solicitó una “decisión inicial rápida” o apelación rápida.

El director médico revisará su solicitud y decidirá si nuestra decisión original fue la adecuada. En el caso de una queja acelerada, le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de las 24 horas de recibida su solicitud.

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 30 días desde la recepción de su reclamo.

- Paso 2: Audiencia de queja

Si no está satisfecho con la resolución de su queja relacionada con un problema en la calidad de la atención, puede presentar una solicitud por escrito al Departamento de Apelaciones y Quejas de Medicare de Blue Shield para una audiencia de quejas. En un plazo de 31 días calendario a partir de su solicitud por escrito, reuniremos un equipo para que se ocupe de su caso. Se lo invitará a asistir a la audiencia, que



incluye un médico no involucrado y un representante del Departamento de Apelaciones y Resolución de Quejas. Puede asistir a la audiencia personalmente o por teléfono. Después de la audiencia, le enviaremos una carta con la resolución.

- Si no está satisfecho con la resolución de su queja que no esté relacionada con la calidad de la atención, como los plazos de espera, falta de respeto, el servicio al cliente o la limpieza, puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan para solicitar una revisión adicional.

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 un “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 o apelación, automáticamente le concederemos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo dentro 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. Debemos responder si aceptamos el reclamo o no.

K3. Reclamos externos

Medicare

Puede informarle a Medicare acerca de su reclamo o enviárselo. El Formulario de reclamos de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

No es necesario presentar un reclamo ante Blue Shield TotalDual Plan antes de presentar un reclamo ante Medicare.

Medicare toma sus reclamos de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/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.

Medi-Cal

Puede presentar un reclamo ante el defensor de la atención administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Salud de California (DHCS) llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Llame de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Presentar un reclamo ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). El DMHC es responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de ayuda del DMHC para obtener ayuda con respecto a las quejas 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 TTY gratuito 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
- Visite la página web del Departamento de Atención Médica Administrada (www.dmhc.ca.gov).

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:

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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 (Ley ADA) y la Ley de Enmiendas ADA de 2008 (P.L. 110-325). Puede ponerse en contacto con el Programa del Defensor de Medi-Cal para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-888-452-8609.

Organización para la mejora de la calidad

Cuando su reclamo es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió directamente a la Organización para la mejora de la calidad.
- Puede presentar su reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad y nuestro plan. Si presenta un reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad, 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 la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de su Guía para los Miembros.

En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. El número de teléfono es (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668).



Capítulo 10: El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Introducción

En este capítulo, se mencionan las maneras en que puede cancelar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de que deja 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 su *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan	253
B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	254
C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.....	255
C1. Sus servicios de Medicare	255
C2. <i>Sus servicios de Medi-Cal</i>	258
D. Continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía	259
E. Otras situaciones en las que se cancelará su membresía en nuestro plan.....	259
F. Normas contra situaciones en las que se le pide que abandone nuestro plan por razones relacionadas con la salud.....	261
G. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	261



A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Dado que tiene Medi-Cal, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especiales:

- desde enero hasta marzo;
- desde abril hasta junio;
- desde julio hasta septiembre.

Además de estos tres períodos de inscripción especial, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El Período de inscripción anual que va desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El período abierto de inscripción de Medicare Advantage, que dura del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo:

- Si usted se muda fuera del área de servicio.
- Su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda adicional cambia.
- Se va a vivir o vive en un hogar de convalecencia o un centro de cuidado a largo plazo o hace poco se fue de un centro de este tipo.

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 de enero. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes (1 de febrero en este ejemplo).

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Sus opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Puede obtener más información sobre cómo cancelar su membresía llamando a cualquiera de los siguientes:

- Atención al Cliente a los números que aparecen en la parte inferior de la página.
- 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.
- 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/.
- 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.
- Defensor del pueblo de Atención Médica Administrada de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., o por correo electrónico a **MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov**.

NOTA: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. *Consulte el Capítulo 5 de su Guía para los Miembros para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.*

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Si quiere dejar nuestro plan, tiene las siguientes opciones:

- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY (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 obtener los servicios de Medicare cuando deja nuestro plan, consulte la tabla en la página 237.
- 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.
- La Sección C a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en otro plan, lo que también cancelará su membresía en nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal

Si decide abandonar nuestro plan, tiene opciones para obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal.

C1. Sus servicios de Medicare

Dispone de tres opciones para obtener los servicios de Medicare que aparecen a continuación. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente cancelará su membresía en nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

1. Puede cambiarse a: Otro plan de salud de Medicare, incluido un plan que combina su cobertura de Medicare y Medi-Cal.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene preguntas sobre PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. O BIEN Puede inscribirse en un plan de Medicare nuevo. Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan. Su plan de Medi-Cal puede cambiar.
---	--



2. Puede cambiarse a: Original Medicare con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. O BIEN Puede inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Automáticamente se cancelará su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura del plan Original Medicare. Su plan de Medi-Cal no cambiará.
---	---



3. Puede cambiarse a: Original Medicare sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare. NOTA: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, este puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no quiere inscribirse. Solo debe cancelar su cobertura para medicamentos recetados si recibe cobertura para medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame al Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. Automáticamente se cancelará su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare. Su plan de Medi-Cal no cambiará.
--	---

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo obtener los servicios de Medi-Cal después de dejar nuestro plan, comuníquese con 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. Averigüe cómo inscribirse en otro plan o si regresar a Original Medicare afecta la forma en que recibe la cobertura de Medi-Cal.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

D. Cómo recibir sus servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si abandona nuestro 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. Durante este tiempo, continuará obteniendo su atención médica y sus medicamentos a través de nuestro plan hasta que entre en vigencia el nuevo plan.

- Debe utilizar las farmacias de la red, incluida la farmacia con servicio de correo, para obtener sus medicamentos recetados.
- Si ingresa en el hospital el día en que se cancela su membresía en Blue Shield TotalDual Plan, su hospitalización será cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta.

E. Otras situaciones en las que se cancelará su membresía en nuestro plan

A continuación, se mencionan los casos en los que debemos cancelar su membresía en nuestro plan:

- Si se produce una interrupción en la cobertura de las Partes A y B de Medicare.
- Si ya no cumple con los requisitos para Medi-Cal (Medicaid). Nuestro plan es para personas que cumplen con los requisitos tanto para Medicare como para Medi-Cal (Medicaid).
 - Los beneficiarios de Medicare que se inscriban en Blue Shield TotalDual Plan deben ser elegibles tanto para la Parte A y B de Medicare como para Medi-Cal (Medicaid). Si usted ya no es elegible para Medi-Cal (Medicaid), le notificaremos sobre la pérdida del estatus de Medi-Cal (Medicaid) y seguiremos cubriendo sus beneficios de Medicare hasta que pueda volver a cumplir con los requisitos de Medi-Cal (Medicaid) en el plazo de los próximos 6 meses después de la notificación de la pérdida del estatus de necesidades especiales.
 - Ofrecemos la oportunidad de cambiarse a uno de nuestros planes que no son HMO D-SNP. La oportunidad de cambiarse a uno de nuestros planes que no son HMO D-SNP se ofrece a los beneficiarios que tienen derecho tanto a la Parte A de Medicare como a la Parte B de Medicare, pero que no tienen beneficios de Medi-Cal (Medicaid). Medicare permite un Período de inscripción especial (SEP) para los beneficiarios de Medicare que ya no sean elegibles para Medi-Cal (Medicaid).

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Si usted no vuelve a cumplir con los requisitos para Medi-Cal (Medicaid) o acepta la oportunidad de cambiarse a un plan que no es HMO D-SNP en un plazo de seis (6) meses después de la notificación de pérdida del estatus de necesidades especiales, se cancelará de manera involuntaria su inscripción en Blue Shield TotalDual Plan.
- 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.

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 para obtener atención médica. (Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso).



F. Normas contra situaciones en las que se le pide que abandone nuestro plan por razones relacionadas con la salud

Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si considera que le están pidiendo que deje nuestro plan por una razón relacionada 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 durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

G. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle 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 el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Aviso sobre leyes	263
B. Aviso sobre no discriminación	263
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso	264
D. Administración de la Evidencia de cobertura	265
E. Cooperación de los miembros	265
F. Asignación.....	265
G. Responsabilidad del empleador	265
H. Responsabilidad de la agencia gubernamental	265
I. Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos	265
J. Beneficios de compensación laboral o de responsabilidad del empleador.....	266
K. Recuperación del sobrepago.....	266
L. Cuando un tercero causa sus lesiones.....	266
M. Aviso sobre la participación en el Intercambio de Información de Salud.....	267
N. Informar el fraude, el uso indebido y el abuso	268



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 son las leyes federales y estatales 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, sexo u orientación sexual. Además, no discriminamos, excluimos ni tratamos de manera diferente ilegalmente a las personas por motivos de ascendencia, identificación con un grupo étnico, identidad de género, estado civil o afección médica.

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 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 la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al número 916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (servicio de retransmisión de telecomunicaciones).
- Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.
- Llene un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de reclamos están disponibles en la siguiente página web:
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Si considera que ha sido discriminado y desea presentar una queja sobre discriminación, póngase en contacto con Atención al Cliente. Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de**

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si su queja es sobre discriminación en el programa Medi-Cal, puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud por escrito, por teléfono, por correo postal o de manera electrónica:

- Por teléfono: llame al 916-440-7370. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al 711 (servicio de retransmisión de telecomunicaciones).
- Por escrito: Llene un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de reclamos están disponibles en dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- De manera electrónica: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.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.

Cumplimos 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.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

D. Administración de la Evidencia de cobertura

Podemos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover una administración eficaz y ordenada de esta Evidencia de cobertura.

E. Cooperación de los miembros

Debe completar las solicitudes, los formularios, las declaraciones, las divulgaciones, las autorizaciones, los formularios de gravamen y cualquier otro documento que solicitemos en el curso normal de negocios o según lo especificado en esta Evidencia de cobertura.

F. Asignación

No puede asignar esta Evidencia de cobertura ni ninguno de los derechos, intereses, reclamaciones por dinero, beneficios u obligaciones aquí incluidos sin nuestro consentimiento por escrito previo.

G. Responsabilidad del empleador

No pagaremos al empleador por los servicios que la ley exige que este brinde. En el caso de cubrir dichos servicios, es posible que le pidamos al empleador que devuelva el costo de los servicios.

H. Responsabilidad de la agencia gubernamental

No pagaremos a la agencia gubernamental por los servicios que la ley exige que se brinden únicamente por una agencia gubernamental o se reciban de parte de esta. En el caso de cubrir dichos servicios, es posible que le pidamos a la agencia gubernamental que devuelva el costo de los servicios.

I. Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos

No pagaremos al Departamento de Asuntos de Veteranos por los servicios para tratar las afecciones que la ley exija que este cubra. En el caso de cubrir dichos servicios, es posible que le pidamos al Departamento de Asuntos de Veteranos que devuelva el costo de los servicios.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

J. Beneficios de compensación laboral o de responsabilidad del empleador

Puede ser elegible para los pagos u otros beneficios en virtud de la ley de compensación laboral o de la ley de responsabilidad del empleador. Le proporcionaremos los medicamentos cubiertos de la Parte D, incluso si no está claro si tiene derecho a recibir beneficios, pero podemos recuperar el valor de cualquier servicio cubierto de las siguientes fuentes:

1. De cualquier fuente que brinde beneficios o de quien adeuda un beneficio.
2. De usted, en la medida en que el beneficio se le proporcione o deba pagarlo, o hubiera sido obligatorio proporcionarlo o pagarlo si usted hubiese intentado diligentemente establecer sus derechos a los beneficios en virtud de la ley de responsabilidad laboral o del empleador.

K. Recuperación del sobrepago

Es posible que recuperemos cualquier sobrepago que hagamos por los servicios de cualquier persona que reciba dicho sobrepago o de cualquier persona u organización obligada a pagar los servicios.

L. Cuando un tercero causa sus lesiones

Si usted se lesiona o se enferma debido al acto u omisión de otra persona (un “tercero”), Blue Shield deberá, en relación con los servicios requeridos como resultado de esa lesión, proporcionar los beneficios del plan y tener un derecho equitativo a la restitución, el reembolso u otra solución disponible para recuperar los montos que Blue Shield pagó por los servicios que le brindó para su recuperación o la recuperación recibida en su nombre (definida a continuación) por parte de terceros responsables de la lesión o enfermedad, o del conductor no asegurado o con una cobertura insuficiente.

Este derecho a restitución, reembolso u otra solución disponible incluye la recuperación que reciba como resultado de la lesión o enfermedad, incluido cualquier monto concedido o recibido por medio de sentencia judicial, concesión por arbitraje o cualquier otro acuerdo, de parte de cualquier otro tercero o aseguradora externa, o del conductor no asegurado o con una cobertura insuficiente, relacionados con la enfermedad o lesión (la “Recuperación”), sin importar si usted ha sido restituido totalmente mediante la Recuperación. El derecho a restitución, reembolso u otra solución disponible se relaciona con esa parte de la Recuperación total que sea adeudada por los beneficios relacionados con dicha lesión o enfermedad, calculada de acuerdo con la Sección 3040 del Código Civil de California.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Debe cumplir con lo siguiente:

1. Notificar a Blue Shield por escrito sobre cualquier reclamación o posible reclamación o acción legal que pueda presentar o ha presentado contra el tercero que surja de los supuestos actos u omisión que ocasionen la lesión o enfermedad, a más tardar a los 30 días después de enviar o presentar una reclamación o acción legal contra el tercero.
2. Aceptar cooperar y ejecutar por completo cualquier formulario o documento necesario para hacer valer este derecho a la restitución, el reembolso u otros recursos disponibles.
3. Aceptar por escrito reembolsar a Blue Shield por los beneficios pagados por Blue Shield en concepto de la Recuperación cuando esta se obtenga del tercero o en nombre del tercero o la aseguradora del tercero, o del conductor no asegurado o con una cobertura insuficiente.
4. Proporcionar un gravamen calculado de acuerdo con la sección 3040 del Código Civil de California. El gravamen puede presentarse ante el tercero, el agente o el abogado del tercero, o el tribunal, a menos que la ley lo prohíba.
5. Responder periódicamente a solicitudes de información sobre la reclamación contra el tercero y notificar a Blue Shield por escrito, en el plazo de diez (10) días después de haber recibido la Recuperación.

El incumplimiento de cualquiera de las acciones mencionadas en los puntos del 1 al 5 no actuará de ninguna manera como una exención, divulgación ni cancelación de los derechos de Blue Shield.

M. Aviso sobre la participación en el Intercambio de Información de Salud

Blue Shield participa en el Intercambio de Información de Salud ("HIE") de **Manifest MedEx** para que la información de salud de sus miembros esté disponible para Manifest MedEx para tener acceso a sus proveedores autorizados de atención médica. Manifest MedEx es una organización independiente sin fines de lucro que mantiene una base de datos estatal de registros electrónicos de pacientes que incluye información de salud aportada por médicos, centros de atención médica, planes de servicios de salud y compañías de seguros de salud. Los proveedores autorizados de atención médica (incluidos médicos, enfermeras y hospitales) pueden acceder de manera segura a la información de salud de sus pacientes a través del HIE de Manifest MedEx para apoyar la prestación de atención segura y de alta calidad.

Manifest MedEx respeta el derecho a la privacidad de los miembros y sigue las leyes estatales y federales de privacidad correspondientes. Manifest MedEx utiliza sistemas de seguridad

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



avanzados y técnicas modernas de cifrado de datos para proteger la privacidad de los miembros y la seguridad de su información personal.

Todos los miembros de Blue Shield tienen derecho a indicar a MedEx que no comparta su información de salud con sus proveedores de atención médica. Si bien dejar de participar en Manifest MedEx puede limitar la capacidad de su proveedor de atención médica para acceder rápidamente a información importante de atención médica sobre usted, el seguro de salud o la cobertura de beneficios del plan de salud del miembro no se verán afectados por elegir dejar de participar en Manifest MedEx. Ningún médico u hospital que participe en Manifest MedEx denegará la atención médica a un paciente que elija no participar en el HIE de Manifest MedEx.

Los miembros que no desean que su información de atención médica figure en Manifest MedEx deben llenar el formulario en línea en <https://www.manifestmedex.org/opt-out> o llamar a Manifest MedEx al (888) 510-7142, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del Pacífico, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 en caso de tener problemas auditivos.

N. Informar el fraude, el uso indebido y el abuso

¿Qué es el fraude, el uso indebido y el abuso (FWA)?

- El **fraude** es la tergiversación intencional que puede ocasionar costos no autorizados a un programa de atención médica.
- El **uso indebido** es el uso inadecuado de fondos o recursos de atención médica sin una necesidad justificable de hacerlo.
- El **abuso** es una práctica incoherente con las prácticas médicas o comerciales que puede ocasionar directamente o indirectamente costos innecesarios a un programa de atención médica.

Protéjase a usted mismo y proteja sus beneficios

- Nunca envíe su número del Seguro Social, Medicare o del plan de salud o la información bancaria a alguien que usted no conozca.
- No dé su consentimiento para ningún examen de laboratorio sin el pedido de su médico.
- Es ilegal aceptar algo de valor a cambio de servicios médicos.

Tenga cuidado con el fraude de las pruebas genéticas

Los estafadores se acercan a las personas inscritas sin conocimiento sobre el tema en las ferias locales de salud, los centros de vivienda para personas de tercera edad, los centros comunitarios, las agencias de atención médica a domicilio y otros lugares confiables para llevar a cabo el fraude de las pruebas genéticas. Prometen de manera falsa que Medicare pagará la

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



prueba y que simplemente deben realizar un hisopado bucal, proporcionar su identificación y la información de Medicare para recibir los resultados de la prueba.

Lamentablemente, estos estafadores tienen el número de su plan de salud o de Medicare y pueden facturar a Medicare miles de dólares por pruebas o incluso servicios que usted nunca recibió. También tienen su información genética personal.

Si sospecha de fraude, uso indebido y abuso y quiere informarlo, comuníquese con los siguientes:

- **Línea directa de fraude de Medicare de Blue Shield of California: (855) 331-4894 (TTY: 711)** o por correo electrónico: MedicareStopFraud@blueshieldca.com
- **Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

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.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Actividades de la vida cotidianas (ADL): Lo que las personas hacen en un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administración del tratamiento farmacológico: un grupo diferente de servicios o un grupo de servicios proporcionados por los proveedores de atención médica, incluidos los farmacéuticos, para garantizar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su *Guía para los Miembros*.

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. El Capítulo 9 de su Guía para los Miembros explica las apelaciones, incluido 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 emergencias). Solo aquellas personas que vivan en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Atención al Cliente: Departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Atención al Cliente, consulte el Capítulo 2.

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 cuando los Proveedores de la red 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 que debe recibir de nuestra parte antes de obtener un servicio o medicamento específicos, o de consultar a un Proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento si no obtiene antes una aprobación.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos por nuestro plan solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una autorización previa de nuestra parte.

- En el Capítulo 4 de su Guía para los Miembros, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan.

Algunos medicamentos están cubiertos por nuestro plan solo si obtiene una autorización previa de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Auxiliar de atención médica a domicilio: Persona que presta servicios que no necesitan la competencia de un terapeuta o enfermera certificados; 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 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.”

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): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se brindan a diario y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que le administra un enfermero registrado o un médico.

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.

- Una persona inscrita con un diagnóstico de enfermedad terminal tiene derecho a elegir un centro para enfermos terminales.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporciona atención para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a proporcionarle una lista de proveedores de hospicio que se encuentren en su área geográfica.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un 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 de su Guía para los Miembros explica cómo ponerse en contacto con los CMS.



Coordinador de la atención: Persona principal que trabaja con usted, el plan de salud y sus Proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

Copago: Monto fijo que paga como su parte del costo cada vez que obtiene ciertos servicios o medicamentos recetados. Por ejemplo, puede pagar \$2 o \$5 por un servicio o por un medicamento recetado.

Costo compartido: Montos que debe pagar cuando obtiene ciertos servicios o medicamentos recetados. El costo compartido incluye los copagos.

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.

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 de un poco más de \$0.05 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será \$0.05 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de \$0.35.

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”.

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 de su Guía para los Miembros 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 en el Capítulo 2 de la Guía para los Miembros.

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



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.blueshieldca.com/medicare.

personas 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 Salud (DHCS): Departamento del estado de California que administra el programa Medi-Cal (Medicaid) (denominado Medi-Cal en California).

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”. El Capítulo 9 de su *Guía para los miembros* explica las decisiones de cobertura.

Dispositivos protésicos y ortopédicos: Dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica entre los que 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 de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor agudo.

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: Un médico que brinda atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo.

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.

Etapas 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 \$7,400 para sus medicamentos recetados.

Etapas de cobertura inicial: Etapa antes de que el total de sus gastos en medicamentos de la Parte D alcance \$4,660. 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, pagamos 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. Llame a Atención al Cliente si recibe alguna factura que no comprende. **Como miembro del plan, solo tiene que pagar los montos del 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.**

Farmacia de la red: Farmacia que ha aceptado proporcionar los medicamentos recetados para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado



trabajar con nuestro plan. En algunos casos, cubriremos sus medicamentos recetados solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una 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.

Farmacias especializadas: Para obtener más información sobre las farmacias especializadas, consulte el Capítulo 5 de su *Guía para los Miembros*.

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 para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): Un 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. El SSI ofrece automáticamente cobertura de Medi-Cal.

Límites de cantidad: Límite sobre la cantidad de un medicamento que puede recibir. Es posible que limitemos 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”.

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.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no están cubiertos por Medicare.
- Los programas Medi-Cal (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 Medi-Cal (Medicaid).
- Consulte el **Capítulo 2** de su *Guía para los Miembros* para obtener información sobre cómo comunicarse con Medi-Cal.

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.

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



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.blueshieldca.com/medicare.

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 médica administrada (consulte “Plan de salud”).

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.

Médico de atención primaria (PCP): Médico u otro Proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También puede hablar con otros médicos y con otros Proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos.
- 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.
- Para obtener información sobre cómo recibir atención de los Médicos de atención primaria, consulte el Capítulo 3 de su guía para los Miembros.

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.

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



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

medicamentos) se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

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 cinco niveles.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): Un 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 paga a la QIO por evaluar y mejorar la atención que reciben los pacientes. Consulte el Capítulo 2 de su Guía para los Miembros para obtener información sobre la QIO.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con cargo por servicio): el gobierno ofrece Original Medicare. En Original Medicare, los servicios están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros Proveedores de atención médica los montos establecidos por el Congreso.

- 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).
- Original Medicare está disponible en todas partes en los Estados Unidos.
- Si usted no desea formar parte de nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

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.

Parte A: Consulte “Parte A de Medicare”.

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 cuidados para enfermos terminales.

Parte B: Consulte “Parte B de Medicare”.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.blueshieldca.com/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 de control.

Parte C: Consulte “Parte C de Medicare”.

Parte C de Medicare: Programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que les permite a las compañías de seguro de salud privadas brindar beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Parte D: Consulte “Parte D 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. Nuestro plan incluye la 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 entren en vigencia. El monto de su participación en los costos dependerá de sus ingresos y recursos.

Persona inscrita en Medicare y Medi-Cal: 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: Consulte “Plan de atención personalizado”.

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 necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP). Plan que proporciona servicios a las personas elegibles para Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan es un D-SNP.

Plan de salud: Organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También posee coordinadores de atención para



ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

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. El Capítulo 2 de la Guía para los Miembros explica cómo ponerse en contacto con el HICAP.

Programa de servicios por correo: Algunos planes ofrecen un programa de servicio por correo que le permite obtener un suministro para hasta 3 meses de sus medicamentos recetados cubiertos que se enviará directamente a su hogar. Esto puede ser una manera rentable y conveniente de obtener los medicamentos recetados que toma con regularidad.

Programa para los planes de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE): Un 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: “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.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica.
- Los llamamos “Proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud y aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros un monto adicional.
- 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 también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Proveedor o centro que nuestro plan no emplea, opera ni del que es propietario y que, además, no ha firmado un contrato para



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.blueshieldca.com/medicare.

ofrecerles servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el Capítulo 3 de su Guía para los Miembros, se explican los proveedores y centros fuera de la red.

Queja: Un reclamo que usted realiza sobre nosotros o sobre uno de los Proveedores o las farmacias de la red. 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 o las farmacias de la red. El nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”.

Remisión: una remisión es la aprobación de su médico de atención primaria (PCP) para usar un proveedor que no sea su PCP. Es posible que no cubramos los servicios si no obtiene primero una aprobación. No necesita una remisión para consultar a determinados especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en los Capítulos 3 y 4 de su Guía para los Miembros.

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: 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 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 de rehabilitación: Tratamiento que recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el Capítulo 4 de su Guía para los Miembros para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios sensibles: servicios relacionados con la salud mental o conductual, la salud sexual y reproducción, la planificación familiar, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH/SIDA, las agresiones sexuales y los abortos, los trastornos por abuso de sustancias, la atención de afirmación del género y la violencia de pareja íntima.

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 y apoyos a largo plazo 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).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: Una norma de cobertura que le exige probar primero otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted solicita.



Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan

LLAME AL	(800) 452-4413 Las llamadas a este número son gratuitas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Atención al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere el 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 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
FAX	(877) 251-6671
ESCRIBA A	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
PÁGINA WEB	www.blueshieldca.com/medicare



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

English We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-452-4413. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-452-4413. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-452-4413。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-452-4413。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-452-4413. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-452-4413. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-452-4413 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-452-4413. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-452-4413 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-452-4413. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-452-4413. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

Hindi हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-452-4413 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-452-4413. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-452-4413. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-452-4413. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-452-4413. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-452-4413 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiax xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-452-4413. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

Ukrainian Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-452-4413. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

Navajo D77 ats'77s baa 1hly3 47 doodago azee' bee aa 1hly3 b7na'7d7[kidgo 47 n1 ata' hodoonih77 h0l=. Ata' halne'4 biniy4go, koj8' 1-800-452-4413 b44sh bee hod77lnih. Diné k'ehj7 y1[ti'i n7k1 adoolwo]. D77 t'1l j77k'eh bee an1'1wo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਆਰਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਆਰਾ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-452-4413 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-452-4413។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Mien Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-452-4413. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-452-4413. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ անոն հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր անդամապահներին կամ դերերին պլանի հետ կապված ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ չունենալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեր կողմից հարցեր են իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سوالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیست با ما به شماره 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-452-4413 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี

