



Evidencia de cobertura

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

Condados de Los Ángeles y San Diego

1 de enero de 2025 - 31 de diciembre de 2025

Guía para los Miembros de Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP), un plan de Medicare Medi-Cal

H2819_24_378A_001_C_SP Approved 08202024

Aprobación de OMB 0938-1444 (vencimiento: 30 de junio de 2026)



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

1 de enero de 2025 – 31 de diciembre de 2025

Su salud y cobertura de medicamentos bajo Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP), un plan de Medicare Medi-Cal

Introducción a la Guía para los Miembros

Esta *Guía para los Miembros*, también conocida como *Evidencia de cobertura*, le informa sobre su cobertura bajo nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2025. Explica los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por uso de sustancias), la cobertura de medicamentos recetados y los servicios y recursos de apoyo a largo plazo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de su *Guía para los Miembros*.

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

Cuando en esta *Guía para los Miembros* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro/a(s)” o “nuestro plan”, se hace referencia a Blue Shield TotalDual Plan.

Este documento está disponible de forma gratuita en árabe, armenio, camboyano, chino simplificado, chino tradicional, farsi, coreano, ruso, español, tagalo y vietnamita.

Para obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille y/o audio, puede llamar a Servicio al Cliente 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 adelante. Para hacer una solicitud, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan. Su idioma y formato de preferidos se dejarán registrados para futuras recomendaciones. Para actualizar sus preferencias, comuníquese con Blue Shield TotalDual Plan.

Otros idiomas

Puede acceder a esta *Guía para los Miembros* y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo alguno. Blue Shield TotalDual Plan ofrece traducciones escritas hechas por traductores calificados. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). La llamada es gratuita.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Consulte su *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre los servicios de asistencia con idiomas para la atención médica, como los servicios de intérprete y traducción.

Otros formatos

Puede obtener esta información en otros formatos, como braille, en letra grande con fuente de 20 puntos, audio y formatos electrónicos accesibles sin ningún costo para usted. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). La llamada es gratuita.

Servicios de interpretación

Blue Shield TotalDual Plan brinda servicios de interpretación oral, incluidos intérpretes en lengua de señas calificados, las 24 horas, sin costo para usted. No es necesario recurrir a un familiar o amigo como intérprete. Desaconsejamos que los menores oficien de intérpretes, a menos que sea una emergencia. Los servicios de interpretación, lingüísticos y culturales están disponibles de manera gratuita. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para recibir ayuda en su idioma o para obtener esta *Guía para los Miembros* en otro idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). La llamada es gratuita.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). También hay disponibles



asistencia y servicios para las personas con discapacidades, como documentos en sistema braille y en letra grande. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic) يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian) ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian) ចំណាំ៖

បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសាបស្ចុគ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រើល សំរាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese) 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电1-800-452-4413 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电1-800-452-4413 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi) توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

हिन्दी टैगलाइन (Hindi) ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Nge Lus Hmoob Cob (Hmong) CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese) 注意日本語での対応が必要な場合は1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供していますへお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean) 유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian) ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mienh Tagline (Mien) LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx
1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih
gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc
cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711)। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en Español (Spanish) ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.



Tagalog Tagline PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai) โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian) УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.



Descargos de responsabilidad

- ❖ Es posible que los beneficios, las primas, los deducibles y/o copagos/coseguros cambien el 1 de enero de 2026.
- ❖ El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario. Notificaremos a las personas inscritas afectadas sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.
- ❖ Es responsabilidad de nuestro plan coordinar sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid).
- ❖ Blue Shield of California es un plan HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el Programa Medi-Cal (Medicaid) del estado de California. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.
- ❖ La cobertura de Blue Shield TotalDual Plan es una cobertura médica calificada llamada "cobertura mínima esencial". Cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Ley de Cuidado de Salud Asequible o 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 individual compartida.
- ❖ Medicare aprobó Blue Shield TotalDual Plan para brindar estos beneficios y copagos más bajos como parte del programa de diseño de seguro basado en el valor. Con este programa, Medicare puede probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.
- ❖ Amazon Pharmacy es independiente de Blue Shield of California y tiene contrato con Blue Shield para prestar el servicio de entrega a domicilio de medicamentos recetados a los miembros de Blue Shield.



Capítulo 1: Comienzo como miembro

Introducción

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

Índice

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan.....	13
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal.....	13
B1. Medicare	13
B2. Medi-Cal	13
C. Ventajas de nuestro plan.....	14
D. El área de servicio de nuestro plan	15
E. Qué hace que usted sea elegible para ser miembro del plan	15
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud	15
G. Su equipo de atención y plan de atención	17
G1. Equipo de atención.....	17
G2. Plan de atención.....	17
H. Sus costos mensuales por Blue Shield TotalDual Plan	17
H1. Prima del plan.....	17
I. Su <i>Guía para los Miembros</i>	18
J. Otra información importante que recibe de nosotros	18
J1. Su tarjeta de identificación de miembro	18
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	19

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	20
J4. <i>La explicación de beneficios</i>	21
K. <i>Cómo mantener actualizado su registro de membresía</i>	21
K1. <i>Privacidad de la información médica protegida (PHI)</i>	22



A. Le damos la bienvenida a nuestro plan

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y Medi-Cal a personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y recursos de apoyo a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También contamos con coordinadores de atención y equipos de atención para brindarle ayuda a la hora de administrar sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- personas de 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades **y**
- personas con enfermedad renal en estado terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa Medicaid de California. A Medi-Cal lo administra el estado y lo pagan los gobiernos estatal y federal. Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los Servicios y Recursos de Apoyo a Largo Plazo (LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre.

Cada estado decide:

- lo que cuenta como ingresos y recursos,
- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos **y**
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo ejecutar sus programas, siempre que sigan las reglas federales.

Medicare y el estado de California aprobaron nuestro plan. Puede recibir servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan siempre que:

- nosotros elijamos ofrecer el plan **y**
- Medicare y el estado de California nos permitan continuar ofreciendo este plan.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Incluso si nuestro plan dejara de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medi-Cal no se vería afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan, incluidos los medicamentos recetados. **No tiene que pagar extra para unirse a este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor juntos para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Puede trabajar con nosotros para **la mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo de atención que usted ayuda a armar. Su equipo de atención puede incluirlo usted mismo, su cuidador, médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de atención. Esta es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para elaborar un plan de atención.
- Puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y del coordinador de atención.
- Su equipo de atención y su coordinador de atención trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de que:
 - Sus médicos conocen todos los medicamentos que toma para poder asegurarse de que esté tomando los medicamentos correctos y reducir cualquier efecto secundario que pueda tener a causa de los medicamentos.
 - Los resultados de sus pruebas se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Nuevos miembros de Blue Shield TotalDual Plan: En la mayoría de los casos, estará inscrito en Blue Shield TotalDual Plan y podrá acceder a sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en Blue Shield TotalDual Plan. Aún puede recibir los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Blue Shield TotalDual Plan. No habrá ninguna interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, si tiene alguna pregunta.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



D. El área de servicio de nuestro plan

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

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden unirse a nuestro plan.

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio.

Consulte el **Capítulo 8** de su Guía para los Miembros para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Qué hace que usted sea elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre que:

- viva en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran viviendo en el área de servicio, incluso si están ubicadas físicamente en ella) **y**
- tenga 21 años o más al momento de la inscripción **y**
- tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare **y**
- sea ciudadano de los Estados Unidos o esté presente legalmente en los Estados Unidos **y**
- sea actualmente elegible para Medi-Cal.

Si pierde la elegibilidad para Medi-Cal pero se espera que la recupere dentro de los seis meses entonces aún es elegible para nuestro plan.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

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

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, le hacen una evaluación de riesgos para la salud (HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de entrada en vigor de su inscripción.

Debemos hacerle una HRA. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos comunicamos con usted para hacer la HRA. Podemos hacer la HRA mediante una visita en persona, una llamada telefónica o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir atendiéndose con los médicos que se atiende ahora durante un período de tiempo determinado, incluso aunque no estén en nuestra red. A esto lo llamamos continuidad de la atención médica. Si no están en nuestra red, puede conservar sus proveedores y autorizaciones de servicios actuales al momento de inscribirse por hasta 12 meses si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Usted, su representante o su proveedor nos solicitan que le permitamos seguir usando su proveedor actual.
- Establecemos que usted tenía una relación existente con un proveedor de atención médica primaria o especializada, con algunas excepciones. Cuando decimos “relación existente”, significa que usted vio a un proveedor fuera de la red al menos una vez para una visita que no fuera de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.
 - Determinamos una relación existente mediante la revisión de su información médica protegida disponible o la información que usted nos brinda.
 - Disponemos de 30 días para responder a su solicitud. Puede pedirnos que tomemos una decisión más rápida y debemos responder en 15 días. Puede hacer esta solicitud llamando al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Si corre riesgo de sufrir daños, debemos responder en un plazo de 3 días.
 - Usted o su proveedor deben mostrar documentación de una relación existente y aceptar ciertos términos cuando haga la solicitud.

Nota: puede hacer esta solicitud para proveedores de equipo médico duradero (DME) durante al menos 90 días hasta que autoricemos un nuevo alquiler y un proveedor de la red entregue el alquiler. Aunque no puede hacer esta solicitud para proveedores de transporte u otros proveedores auxiliares, puede hacer una solicitud para servicios de transporte u otros servicios auxiliares no incluidos en nuestro plan.

Una vez finalizado el período de continuidad de la atención médica, deberá recurrir a los médicos y otros proveedores en la red Blue Shield TotalDual Plan que estén afiliados al grupo médico de su proveedor 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 el marco de la ley de California que contrata planes de salud para proporcionar o coordinar la prestación de servicios de atención médica a las personas inscritas en planes de salud. Un grupo médico o IPA es una asociación de médicos de atención primaria y especialistas creada para brindarle servicios de atención médica coordinados. Consulte el **Capítulo 3** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre cómo recibir atención.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

G. Su equipo de atención y plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede brindarle ayuda para seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención u otra persona de la salud que usted elija.

Un coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita. Cuando se inscribe en nuestro plan, se le asigna un coordinador de atención. Esta persona también le remite a otros recursos comunitarios que nuestro plan quizás no proporcione y trabajará con su equipo de atención para poder coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen al pie de la página para obtener más información sobre su coordinador de atención y su equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. Un plan de atención les informa a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo recibirlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y servicios y recursos de apoyo a largo plazo (LTSS) u otros servicios.

Su plan de atención incluye:

- sus objetivos de atención médica y
- un cronograma para recibir los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de su HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que le recomendamos que reciba. Su plan de atención se crea en función de sus necesidades y objetivos. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos cada año.

H. Sus costos mensuales por Blue Shield TotalDual Plan

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (**Sección H1**)

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor.

H1. Prima del plan

Como miembro de su plan, usted paga una prima mensual por el plan. Para 2025, la prima mensual de Blue Shield TotalDual Plan es de \$28.30. Sin embargo, usted paga \$0 por mes siempre que tenga el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos de la Parte D, también conocido como “Ayuda Adicional”, y cobertura completa de Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



I. Su Guía para los Miembros

Su *Guía para los Miembros* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, es posible que pueda apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Guía para los Miembros* si llama a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al pie de la página. También puede consultar la *Guía para los Miembros* que se encuentra en nuestra página web en la dirección web que se encuentra al pie de la página.

El contrato está en vigor para los meses que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

J. Otra información importante que recibe de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de identificación de miembro, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias* e información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Formulario*.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro

Por medio de nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos LTSS, ciertos servicios para los trastornos de la conducta y recetas. Usted muestra esta tarjeta cuando recibe algún servicio o receta. Aquí hay un ejemplo de una tarjeta de identificación de miembro:

 Member Name: NAME Member ID: XEE Care Coordinator Phone: (999) 999-9999 PCP: Good, Doctor J. PCP Ph: (999) 999-9999 MED GROUP	 RxBIN: 026696 RxPCN: 77993322 MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP/SPC/ER \$0/\$0/\$0 H2819-001	 Customer Service Pharmacy Help Desk Transportation NurseHelp 24/7 Send Medical Claims To: Send Rx Claims To: In an emergency, call 911 or go to the nearest ER. 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.	blueshieldca.com/medicare (800) 452-4413 (TTY: 711) (888) 970-0933 (855) 200-7544 (877) 304-0504 Blue Shield of California P.O. Box 272640, Chico, CA 95927-2640 Claims Processing 1606 Ave. Ponce De Leon San Juan, PR 00909-4830
---	--	---	--

Si su tarjeta de identificación de miembro se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente al número que figura al pie de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de identificación de Medi-Cal para recibir la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, el proveedor puede facturar a Medicare en lugar de a nuestro plan, y es posible que usted reciba una factura. Consulte el **Capítulo 7** de su *Guía para los Miembros* a fin de saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

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

- Recetas solo cubiertas a través de Medi-Cal Rx
- Servicios dentales cubiertos únicamente a través del Programa Medi-Cal Dental
- Servicios de Asistencia en el Hogar (IHSS)
- Programa de Servicios Multipropósito para Personas de la Tercera Edad (MSSP)

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para recibir servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en forma electrónica o impresa) si llama a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al pie de la página. Las solicitudes de copias impresas de los Directorios de proveedores y farmacias se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.

También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en la dirección web que se encuentra al pie de la página.

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera profesionales de atención médica (como médicos, enfermeros profesionales y psicólogos), instalaciones (como hospitales o clínicas) y proveedores de apoyo (como proveedores de atención diurna para adultos y proveedores de atención médica domiciliaria) que puede ver como miembro de Blue Shield TotalDual Plan. El Directorio enumera las farmacias que puede usar para obtener sus medicamentos recetados. El Directorio también proporciona información sobre lo siguiente:

- Cuando se necesitan referencias para ver a otros proveedores, especialistas o establecimientos y
- Cómo elegir un médico y
- Cómo cambiar de médico y

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Cómo encontrar médicos, especialistas, farmacias o establecimientos en su área y/o grupo médico/IPA y
- Cómo acceder a Servicios y Recursos de Apoyo a Largo Plazo (LTSS), Servicios de Asistencia en el Hogar (IHSS) o Programas de Servicios Multipropósito para Personas de la Tercera Edad (MSSP) e
- Información sobre cómo acceder a farmacias de entrega a domicilio, infusión en el hogar o atención médica a largo plazo.

Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red incluyen:
 - médicos, enfermeros y otros profesionales de atención médica que puede utilizar como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; y
 - LTSS, servicios para los trastornos de la conducta, agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipos médicos duraderos (DME) y otros que brindan bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o Medi-Cal.

Los proveedores de la red aceptan el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar.
- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagar por ellos.

Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al pie de la página para obtener más información. Tanto Servicio al Cliente como nuestra página web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos la "*Lista de medicamentos*" para abreviar. Le indica qué medicamentos recetados cubre nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

La *Lista de medicamentos* también le indica si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información.

Cada año le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicio al Cliente o visite nuestra página web en la dirección al pie de la página.

J4. La explicación de beneficios

Cuando usa los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen que le ayuda a comprender y hacer un seguimiento de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Este resumen se llama *Explicación de beneficios* (EOB).

La EOB le indica el monto total que usted, u otra persona en su nombre, gastó en sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare y el monto total que pagamos por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. El **Capítulo 6** de su *Guía para los Miembros* brinda más información sobre la EOB y cómo esta le ayuda a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente a los números que se encuentran al pie de la página.

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Puede mantener actualizado su registro de membresía si nos avisa cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos su información correcta en nuestros registros. Los proveedores y las farmacias de nuestra red también necesitan información correcta sobre usted. **Usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos recibe y cuánto le cuestan.**

Infórmenos de inmediato sobre lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho, o compensación laboral;

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico;
- admisión a un centro de enfermería u hospital;
- atención en un hospital o sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable de usted); **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** no es necesario que nos informe sobre un estudio de investigación clínica en el que participa o del que forma parte, pero le recomendamos que lo haga).

Si cambia alguna información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.

K1. Privacidad de la información médica protegida (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información médica protegida (PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos su PHI privada. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de su *Guía para los Miembros*.



Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudar a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas que actúen como sus defensoras. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Servicio al Cliente	25
B. Su coordinador de atención	28
C. Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (HICAP)	30
D. Línea de Enfermería	31
E. Línea de crisis de salud conductual	32
F. Organización de Mejora de la Calidad (QIO)	33
G. Medicare	34
H. Medi-Cal	35
I. Atención Médica Administrada de Medi-Cal y Salud Mental de la Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente	36
J. Servicios sociales del condado	37
K. Agencia de servicios para los trastornos de la conducta del condado	39
L. Departamento de Atención Médica Administrada de California	40
M. Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados.	41
M1. Ayuda Adicional	41
M2. Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)	41
N. Seguro Social	42

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



O. Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)	43
P. Otros recursos.....	44
Q. Programa Medi-Cal Dental.....	45



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

A. Servicio al Cliente

LLAMAR	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 de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana
ESCRIBIR	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
PÁGINA WEB	blueshieldca.com/medicare

Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos o facturación
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
 - sus beneficios y servicios cubiertos
 - la cantidad que pagamos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas acerca 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 alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

- Apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros* o comuníquese con Servicio al Cliente.
- Quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización de Mejora de la Calidad (QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección F**).
 - Puede llamarnos y explicarnos su queja al 1-800-452-4413 (TTY: 711).
 - Si su queja se refiere a una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para presentar una queja sobre nuestro plan ante el Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medicare Medi-Cal, llame al 1-855-501-3077.
 - Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos o
 - la cantidad que pagamos por sus medicamentos.
 - Medi-Cal Rx puede cubrir los medicamentos que Medicare no cubre, como los medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas. Visite la página web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para ver más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos recetados, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.



- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una forma de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.
- Quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos recetados.
 - Si su queja se refiere a una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.
- Pago por atención médica o medicamentos que ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de su *Guía para los Miembros*.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.



B. Su coordinador de atención

Un coordinador de atención es una persona especialmente capacitada para brindarle ayuda durante el proceso de coordinación de la atención. El coordinador de atención será parte de su equipo de atención y le servirá de contacto principal. Al inscribirse, un coordinador de atención le llamará para completar su evaluación de riesgos para la salud y un plan de atención médica personalizado. El coordinador de atención utilizará estas herramientas para ayudarle a identificar y personalizar sus necesidades de atención médica y adaptarlas a usted. Puede comunicarse con su coordinador de atención si llama al número que aparece a continuación.

LLAMAR	al 1-888-548-5765. Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
ESCRIBIR	Blue Shield of California ATTN: DSNP Health Risk Assessment Team 3840 Kilroy Airport Way Long Beach, CA 90806

Comuníquese con su coordinador de atención para obtener ayuda con:

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas sobre cómo recibir servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por uso de sustancias)
- preguntas sobre beneficios dentales
- preguntas sobre transporte a citas médicas
- preguntas sobre los Servicios y Recursos de Apoyo a Largo Plazo (LTSS), incluidos los Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) y centros de enfermería (NF)

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Es posible que pueda recibir estos servicios:

- Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS)
- atención de enfermería especializada
- fisioterapia
- terapia ocupacional
- terapia del habla
- servicios sociales médicos
- atención médica en el hogar
- Servicios de Asistencia en el Hogar (IHSS) a través de la agencia de servicios sociales de su condado
- a veces puede obtener ayuda con sus necesidades diarias de atención médica y de vida

Dependiendo del condado en el que viva y su elegibilidad, también puede recibir apoyos comunitarios adicionales a través de Blue Shield TotalDual Plan. Su proveedor puede referirle si cree que es elegible para recibir apoyos comunitarios o puede comunicarse con Servicio al Cliente o con su Coordinador de Atención para obtener más información. Es posible que pueda recibir estos servicios:

- Adaptaciones de accesibilidad ambiental (modificaciones en el hogar)
- Servicios de navegación de transición de vivienda
- Depósitos de vivienda
- Tenencia de vivienda y servicios de sostenimiento
- Comidas de apoyo o comidas médicamente adaptadas
- Servicios de cuidado personal y amas de casa
- Atención de recuperación (relevo médico)
- Descanso para cuidadores
- Alojamiento a corto plazo después de la hospitalización o
- Centros de desintoxicación



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

C. Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (HICAP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) brinda asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare. En California, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer para manejar su problema. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos.

El HICAP no está conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAMAR	(800) 434-0222 Lunes a viernes de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.
TTY	711 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
ESCRIBIR	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/

Comuníquese con HICAP para obtener ayuda con:

- preguntas sobre Medicare
- Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y brindarle ayuda para:
 - comprender sus derechos,
 - comprender sus opciones de planes,
 - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento **y**
 - solucionar los problemas con sus facturas.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



D. Línea de Enfermería

La Línea de Enfermería de Blue Shield of California ofrece apoyo con personal de enfermería titulado 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 de salud generales y brindar instrucciones sobre recursos adicionales para obtener más información. Con la Línea de Enfermería, los miembros pueden recibir un resumen de la conversación por correo electrónico que incluye toda la información y los enlaces para una fácil consulta. Puede comunicarse con la Línea de Enfermería si tiene preguntas sobre su salud o atención médica.

LLAMAR	(877) 304-0504. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

E. Línea de crisis de salud conductual

LLAMAR	Línea de Acceso y Crisis del Condado de Los Ángeles 1-800-854-7771. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los siete días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés. Línea de acceso y crisis del condado de San Diego 1-888-724-7240. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Comuníquese con la línea de crisis de salud conductual para obtener ayuda con:

- preguntas sobre servicios de salud conductual y abuso de sustancias

Si tiene preguntas sobre los servicios de salud mental especializados de su condado, consulte la **Sección K**.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

F. Organización de Mejora de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Livanta. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. Livanta no está relacionada con nuestro plan.

LLAMAR	1-877-588-1123 Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., sábados y domingos de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. y días festivos de 7:00 a.m. a 3:30 p.m.
TTY	1-855-887-6668 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
ESCRIBIR	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
PÁGINA WEB	https://livantaqio.com/en/states/california

Comuníquese con Livanta para obtener ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica
- presentación de una queja sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención médica,
 - cree que su hospitalización está terminando demasiado pronto o
 - cree que sus servicios de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o establecimiento de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) están terminando demasiado pronto.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

G. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en estado terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

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

LLAMAR	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
PÁGINA WEB	<u>www.medicare.gov</u> Esta es la página web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, centros de enfermería, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y centros de cuidados paliativos. Incluye páginas web y números de teléfono útiles. También tiene documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas de la tercera edad pueden brindarle la ayuda que necesita para visitar esta página web con su computadora. O puede llamar a Medicare al número que aparece arriba y decirles lo que está buscando. Ellos encontrarán la información en la página web y la revisarán con usted.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa Medicaid de California. Este es un programa de seguro de salud público que proporciona los servicios de atención médica necesarios para personas de bajos ingresos, incluidas familias con niños, personas mayores, personas con discapacidades, niños y jóvenes bajo cuidado de crianza temporal y mujeres embarazadas. Medi-Cal está financiado por fondos del Gobierno estatal y federal.

Los beneficios de Medi-Cal incluyen servicios médicos, dentales, de salud conductual y servicios y recursos de apoyo a largo plazo.

Usted se ha inscrito en Medicare y en Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame al coordinador de atención de su plan. Si tiene preguntas sobre la inscripción al plan Medi-Cal, llame a Opciones de Atención Médica.

LLAMAR	1-800-430-4263 Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
ESCRIBIR	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
PÁGINA WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

I. Atención Médica Administrada de Medi-Cal y Salud Mental de la Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente

La Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente funciona como un defensor en su nombre. Cuenta con personal que puede responder sus preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué hacer. Además, la Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente le brinda ayuda con problemas de servicio o facturación. No tiene ninguna relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAMAR	1-888-452-8609 Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 Esta llamada es gratuita.
ESCRIBIR	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
PÁGINA WEB	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

J. Servicios sociales del condado

Si necesita ayuda con sus Servicios de Asistencia en el Hogar (IHSS), actualizar su información de Medi-Cal o los beneficios de elegibilidad y renovación de Medi-Cal, comuníquese con su agencia local de Servicios Sociales del Condado de Los Ángeles o San Diego.

Comuníquese con la agencia de servicios sociales de su condado para solicitar los servicios de asistencia en el hogar, que le ayudarán a pagar los servicios que le presten para que pueda quedarse en su propio hogar sin correr riesgos. Los tipos de servicios pueden incluir ayuda para preparar comidas, bañarse, vestirse, hacer las compras, lavar la ropa o transportarse.

Comuníquese con la agencia de servicios sociales de su condado si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para Medi-Cal.

LLAMAR	1-866-613-3777. Esta llamada es gratuita. El Departamento de Servicios Sociales Públicos del Condado de Los Ángeles cuenta con un único Centro de Servicio al Cliente (CSC) que brinda servicios a 33 oficinas de distrito. El horario de atención es de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 6:30 p.m., salvo días festivos.
TTY	1-877-735-2929 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
ESCRIBIR	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
PÁGINA WEB	https://dpss.lacounty.gov
LLAMAR	1-866-262-9881. Esta llamada es gratuita. Los representantes de Salud y Servicios Humanos del Condado de San Diego están disponibles de lunes a viernes entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m.. La Línea de Acceso a Autoservicio está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las personas que llamen deberán ingresar su número de Seguro Social (SSN) para utilizar el sistema.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



TTY	1-619-589-4459 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
ESCRIBIR	County of San Diego Health and Human Services Agency P.O. Box 85027 San Diego, CA 92186
PÁGINA WEB	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

K. Agencia de servicios para los trastornos de la conducta del condado

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal y los servicios para trastornos por consumo de sustancias están a su disposición por medio del condado si cumple con los criterios de acceso.

LLAMAR	Condado de Los Ángeles 1-800-854-7771. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés. Condado de San Diego 1-888-724-7240. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Comuníquese con la agencia de salud conductual del condado para obtener ayuda con:

- preguntas sobre servicios de salud mental especializados proporcionados por el condado
- preguntas sobre servicios para trastornos por uso de sustancias proporcionados por el condado
- servicios de salud mental especializados que incluyen, entre otros:
 - servicios de salud mental ambulatorios
 - tratamiento de día
 - intervención y estabilización ante situaciones de crisis
 - administración de casos específicos
 - tratamiento residencial de adultos
 - tratamiento residencial de crisis

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



L. Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) se encarga de regular los planes de salud. El Centro de Ayuda del DMHC puede ayudarle con apelaciones y quejas sobre por servicios de Medi-Cal.

LLAMAR	1-888-466-2219 Los representantes de DMHC están disponibles de lunes a viernes entre las 8:00 a.m. y las 6:00 p.m.
TDD	1-877-688-9891 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
ESCRIBIR	Help Center Departamento de Atención Médica Administrada de California 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
PÁGINA WEB	www.dmhc.ca.gov

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



M. Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados.

La página web Medicare.gov (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de ayuda, como se describe a continuación.

M1. Ayuda Adicional

Como es elegible para Medi-Cal, califica para y recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para poder costear los costos del plan de medicamentos recetados. No es necesario que haga nada para recibir esta “Ayuda Adicional”.

LLAMAR	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
PÁGINA WEB	www.medicare.gov

M2. Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

ADAP ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través del ADAP de California. Si desea más información, comuníquese con el ADAP de California al (844) 421-7050, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., o visite su página web en:

https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx. Nota: a fin de ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo define el estado y estado de sin seguro médico o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique al encargado de inscripciones de su ADAP local para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP de California al (844) 421-7050, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., o visite su página web en:

https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



N. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y maneja la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, o que tengan una discapacidad o una enfermedad renal en estado terminal (ESRD) y cumplan ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles.

LLAMAR	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede usar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y hacer algunas actividades comerciales las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
PÁGINA WEB	www.ssa.gov



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

O. Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

La RRB es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la RRB, es importante que les comunique si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAMAR	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si pulsa “0”, podrá hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9 a.m. a 3:30 p.m. y los miércoles de 9 a.m. a 12 p.m. Si presiona “1”, podrá acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y a la información registrada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
PÁGINA WEB	www.rrb.gov



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

P. Otros recursos

El Programa de Defensor de los Derechos del Paciente de Medicare Medi-Cal ofrece asistencia GRATUITA para ayudar a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener una cobertura médica y resolver problemas con sus planes de salud.

Si tiene problemas con:

- Medi-Cal
- Medicare
- su plan de salud
- el acceso a servicios médicos
- la apelación de servicios denegados, medicamentos, equipo médico duradero (DME), servicios de salud mental, etc.
- facturación médica
- IHSS (Servicios de asistencia en el hogar)

El Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medicare Medi-Cal le brinda ayuda con quejas, apelaciones y audiencias. El número de teléfono del Programa del Defensor de los Derechos del Paciente es 1-855-501-3077.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Q. Programa Medi-Cal Dental

Ciertos servicios dentales están disponibles a través del Programa Medi-Cal Dental; incluye, entre otros, servicios tales como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor
- restauraciones y coronas
- tratamiento del conducto radicular
- dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y revestimientos

Los beneficios dentales están disponibles a través de los programas de pago por servicio (FFS) de Medi-Cal Dental y de atención dental administrada (DMC).

LLAMAR	1-800-322-6384 La llamada es gratuita. Los representantes del programa FFS de Medi-Cal Dental atienden de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	1-800-735-2922 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
PÁGINA WEB	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

En lugar del programa de pago por servicio de Medi-Cal Dental, puede obtener beneficios dentales a través de un plan de atención dental administrada. Los planes de atención dental administrada están disponibles en los condados de Los Ángeles. Si desea obtener más información sobre los planes dentales o cambiar de plan dental, comuníquese con Opciones de Atención Médica al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Los contactos de la DMC también están disponibles aquí:

www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo tiene términos y reglas específicos que necesita saber para recibir atención médica y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de atención, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y, en determinadas circunstancias especiales, (incluidos proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si le facturan directamente los servicios que cubrimos y las reglas para poseer equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para los Miembros*.

Índice

- A. Información sobre servicios y proveedores 48
- B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan 48
- C. Su coordinador de atención 50
 - C1. Qué es un coordinador de atención..... 50
 - C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención..... 50
 - C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención 50
- D. Atención de proveedores 50
 - D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP) 50
 - D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red 53
 - D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan 54
 - D4. Proveedores fuera de la red 55
- E. Servicios y Recursos de Apoyo a Largo Plazo (LTSS) 56
- F. Servicios para los trastornos de la conducta (salud mental y trastorno por uso de sustancias) 57
 - F1. Servicios para los trastornos de la conducta de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan..... 58

G. Servicios de transporte.....	60
G1. Transporte médico de situaciones que no son de emergencia	60
G2. Transporte no médico.....	62
H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesita con urgencia o durante un desastre	63
H1. Atención en una emergencia médica	63
H2. Atención médica de urgencia	65
H3. Atención durante un desastre.....	66
I. Qué hacer si le facturan directamente los servicios que cubre nuestro plan	66
I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre servicios	66
J. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica.....	67
J1. Definición de un estudio de investigación clínica.	67
J2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	68
J3. Más información sobre estudios de investigación clínica.....	68
K. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución no médica religiosa para el cuidado de la salud	68
K1. Definición de una institución no médica religiosa para el cuidado de la salud	68
K2. Atención en una institución no médica religiosa para el cuidado de la salud	69
L. Equipo médico duradero (DME).....	69
L1. DME como miembro de nuestro plan.....	69
L2. Propiedad de DME si cambia a Medicare Original.....	70
L3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan.....	71
L4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original u otro Medicare Advantage Plan (MA).....	71



A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son atención médica, servicios y recursos de apoyo a largo plazo (LTSS), suministros, servicios para los trastornos de la conducta, medicamentos con y sin receta, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica, la salud conductual y los LTSS cubiertos están en el **Capítulo 4** de su Guía para los Miembros. Los servicios cubiertos para medicamentos con y sin receta figuran en el **Capítulo 5** de su Guía para los Miembros.

Los **proveedores** son médicos, enfermeras y otras personas que le brindan servicios y atención. Los proveedores además incluyen hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios para los trastornos de la conducta, equipos médicos y ciertos LTSS.

Los **proveedores de la red** son los proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores están de acuerdo con aceptar nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando acude a un proveedor de la red, normalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y la mayoría de los servicios de Medi-Cal. Esto incluye ciertos servicios de salud conductual y LTSS.

Por lo general, nuestro plan pagará los servicios de atención médica, los servicios para los trastornos de la conducta y muchos LTSS que reciba siempre y cuando siga nuestras reglas. Para tener cobertura de nuestro plan:

- La atención que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que lo incluimos en nuestro Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de su *Guía para los Miembros*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. La atención médicamente necesaria comprende los servicios importantes que son razonables y protegen la vida. Se necesita atención médicamente necesaria para evitar que las personas se enfermen de gravedad o queden discapacitadas y reducir el dolor intenso mediante el tratamiento de dolencias, enfermedades o lesiones.
- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que ordene la atención o le indique que consulte a otro médico. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su médico de atención primaria.
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle aprobación antes de que pueda usar un proveedor que no sea su PCP o usar otros proveedores en la red de nuestro plan. Esto se llama **referencia**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el servicios.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Nuestros PCP del plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige a un PCP, elige también el grupo médico afiliado. Eso significa que su PCP le hará referencias a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es una asociación de médicos de atención primaria y especialistas creada para brindarle servicios de atención médica coordinados.
- No necesita una referencia de su PCP para recibir atención de emergencia o atención médica de urgencia, para usar un proveedor de atención médica para mujeres o para cualquiera de los otros servicios enumerados en la sección D1 de este capítulo.
- **Debe recibir atención de los proveedores de la red que están afiliados al grupo médico de su PCP.** Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud y con el grupo médico de su PCP. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. Estos son algunos de los casos en los que esta regla no se aplica:
 - Cubrimos la atención de emergencia o de urgencia recibida a través de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección H** de este capítulo).
 - Si necesita atención que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden brindársela, puede recibir dicha atención por medio de un proveedor fuera de la red. Se necesita una autorización y debe obtenerse de parte del plan antes solicitar la atención. En este caso, cubrimos la atención como si la hubiera recibido de un proveedor de la red.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan durante un breve período de tiempo o cuando su proveedor no esté disponible temporalmente o no pueda acceder a él. Puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
 - Cuando se una por primera vez a nuestro plan, puede solicitar seguir utilizando 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 usando los proveedores que usa ahora por hasta 12 meses para recibir servicios. Durante ese tiempo, su coordinador de atención se comunicará con usted para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red que están afiliados al grupo médico de su PCP. Transcurridos 12 meses, dejaremos de cubrir su atención si sigue acudiendo a proveedores que no pertenezcan a nuestra red y no estén afiliados al grupo médico de su PCP.

Nuevos miembros de Blue Shield TotalDual Plan: En la mayoría de los casos, estará inscrito en Blue Shield TotalDual Plan y podrá acceder a sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en Blue Shield TotalDual Plan. Aún puede recibir los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información,** visite www.blueshieldca.com/medicare.

Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Blue Shield TotalDual Plan. No habrá ninguna interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1-800-452-4413 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta.

C. Su coordinador de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

Un coordinador de atención es una persona especialmente capacitada para brindarle ayuda durante el proceso de coordinación de la atención. Su coordinador de atención será parte de su equipo de atención y le servirá como contacto principal y fuente de información. Luego de la inscripción, un coordinador de atención se comunicará con usted por teléfono para presentarse y brindarle ayuda para completar su evaluación de riesgos para la salud a fin de identificar sus necesidades de atención médica.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención

Puede comunicarse con su coordinador de atención llamando 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 un coordinador de atención, también puede ponerse en contacto con él/ella llamando a su teléfono directo.

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención

Si desea solicitar el cambio de su coordinador de atención, puede llamar al 1-888-548-5765, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

D. Atención de proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe elegir un PCP que le brinde y administre su atención. Nuestros PCP del plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige a un PCP, elige también el grupo médico afiliado.

Definición de un PCP y qué hace un PCP por usted

Su PCP es un médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle la atención médica básica. Un PCP puede ser un profesional de práctica familiar, de práctica general o un proveedor de medicina interna, obstetra-ginecólogo y un especialista a pedido. Puede elegir un especialista como su PCP si el especialista acepta brindar todos los servicios que los PCP brindan tradicionalmente. Para solicitar que su especialista sea su PCP, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan (los números de teléfono y el horario de atención están impresos al pie de página). Una clínica, como los Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC), también puede ser su PCP. Recibirá su atención básica o

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



de rutina de parte de su PCP. Su PCP también puede coordinar el resto de los servicios cubiertos que necesite. Dichos servicios cubiertos pueden ser:

- Radiografías
- Exámenes de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos especialistas
- Hospitalizaciones
- Atención de seguimiento

Nuestros PCP del plan están afiliados a grupos médicos específicos. Un grupo médico o una Asociación de Médicos Independientes (IPA) es una organización formada bajo la ley de California que contrata planes de salud para proporcionar o coordinar la prestación de servicios de atención médica a las personas inscritas a planes de salud. Cuando usted elige a un PCP, elige también el grupo médico afiliado. Eso significa que su PCP le referirá a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico.

En la mayoría de los casos, usted debe atenderse con su PCP para obtener una referencia antes de atenderse con cualquier otro proveedor de atención primaria, o de visitar a un especialista. Una vez que el grupo médico de su PCP apruebe esta referencia, usted podrá programar una cita con el especialista u otro proveedor para recibir el tratamiento que necesite. El especialista le informará a su PCP cuando usted haya finalizado su tratamiento o servicio, para que su PCP pueda seguir administrando su atención.

A fin de que pueda recibir determinados servicios, su PCP debe obtener aprobación por adelantado de parte del plan, o, en algunos casos, del grupo médico al cual está afiliado su PCP. Esta aprobación anticipada se denomina “autorización previa”.

La elección de su PCP

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP.

Para elegir un PCP, usted puede:

- Consultar su *Directorio de proveedores y farmacias*. Busque en el índice de “Médicos de atención primaria” ubicado en la parte posterior del directorio para encontrar el médico que desea. (El índice está ordenado alfabéticamente por los apellidos de los médicos); o



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

- Vaya a nuestra página web en blueshieldca.com/find-a-doctor y busque el PCP que desee o
- Llame a Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual para obtener ayuda (los números de teléfono y el horario de atención están impresos al pie de esta página).

Para saber si el proveedor de atención médica que desea está disponible o acepta nuevos pacientes, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* disponible en nuestra página web o llame a Servicio al Cliente (el número de teléfono y el horario de atención están impresos al pie de esta página). Si desea usar un especialista u hospital en particular, averigüe si está afiliado al grupo médico de su PCP. Puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* o solicitar a Servicio al Cliente que averigüe si el PCP que desea hace referencias a ese especialista o trabaja con ese hospital.

Opción para cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su PCP abandona nuestra red, podemos brindarle ayuda para encontrar un nuevo PCP en nuestra red.

Puede seguir los pasos en “Su elección de PCP” arriba para cambiar su PCP. Asegúrese de llamar a Servicio al Cliente para informarles de que va a cambiar de PCP (el número de teléfono y el horario de atención están impresos al pie de esta página).

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

El nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP están impresos en su tarjeta de membresía. Si cambia su PCP, recibirá una tarjeta de membresía nueva.

Nuestros PCP del plan están afiliados a grupos médicos. Si cambia su PCP, también es posible que cambie de grupo médico. Cuando solicite un cambio, informe a Servicio al Cliente si usa un especialista u obtiene otros servicios cubiertos que deben contar con la aprobación del PCP. Servicio al Cliente le brinda ayuda para continuar con su atención médica especializada y otros servicios cuando cambia de PCP.

Servicios que puede recibir sin la aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su PCP antes de utilizar otros proveedores. Esta aprobación se llama **referencia**. Puede obtener servicios como los que se enumeran a continuación sin obtener la aprobación de su PCP primero:

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Servicios de emergencia de los proveedores de la red o proveedores fuera de la red
- Atención médica de urgencia de proveedores de la red
- Atención médica de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede acudir a un proveedor de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan)

Nota: la atención médica de urgencia se debe precisar de inmediato y debe ser médicamente necesaria.

- Servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan. Si llama a Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio, podemos ayudarle a recibir diálisis mientras no está en su área.
- Vacunas contra la gripe y COVID-19 así como vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre que se las administre un proveedor de la red.
- Atención médica de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de los senos, mamografías (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que se los administre un proveedor de la red.
- Además, si miembro de la comunidad indígena estadounidense, puede obtener servicios cubiertos de un proveedor de atención médica indígena de su elección, sin necesidad de una referencia de un PCP de la red ni autorización previa.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas, como:

- Atención de oncólogos para pacientes con cáncer.
- Atención de cardiólogos para pacientes con problemas del corazón.
- Atención de ortopedia para pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Cuando necesite atención médica especializada o servicios adicionales que su PCP no le pueda brindar, dicho profesional le dará una referencia. Una vez que el grupo médico de su PCP apruebe esta referencia, usted podrá programar una cita con el especialista u otro proveedor para recibir el tratamiento que necesite. El especialista le informará a su PCP



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

cuando usted haya finalizado su tratamiento o servicio, para que su PCP pueda seguir administrando su atención.

Su PCP necesitará obtener la aprobación anticipada del Plan para que usted pueda recibir determinados servicios. Esta aprobación anticipada se denomina “autorización previa”. Por ejemplo, es necesario obtener una autorización previa para todas las hospitalizaciones que no sean de emergencia. En algunos casos, es posible que el servicio pueda autorizarlo el grupo médico afiliado de su PCP, en lugar de nuestro plan.

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

Una referencia escrita puede ser para una visita o puede ser una referencia permanente para más de una visita si necesita servicios continuados. Debemos darle una referencia permanente a un especialista calificado para cualquiera de estas condiciones:

- una condición crónica (en curso);
- una enfermedad mental o física a que pone en peligro la vida;
- una enfermedad degenerativa o discapacidad;
- cualquier otra condición o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento por parte de un especialista.

Si no recibe una referencia por escrito cuando la necesita, es posible que no se pague la factura. Llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al pie de la página para obtener más información.

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

Un proveedor de la red que usa puede abandonar nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación.

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

- Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de él/ella o lo/a ha visitado en los últimos tres meses.
- Le brindaremos ayuda para seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo continúen.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red accesible para usted, debemos contratar un especialista fuera de la red para que le brinde atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención médica o ambas. (Consulte más información en el **Capítulo 9**).

Si descubre que uno de sus proveedores abandona nuestro plan, contáctenos. Podemos brindarle asistencia para encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención. Llame a Servicio 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 Servicio al Cliente si está consultando a especialistas o si obtiene otros servicios cubiertos que necesitaban la aprobación de su PCP (como servicios de salud en el hogar y equipo médico duradero). Servicio al Cliente le ayudará a asegurarse de que puede continuar con la atención médica especializada y otros servicios cuando cambia de PCP. También verificarán que el PCP al que desea cambiar acepte nuevos pacientes. Servicio al Cliente cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP y le informará cuándo entrará en vigor el cambio a su nuevo PCP.

D4. Proveedores fuera de la red

Si requiere atención médica que Medicare o Medi-Cal exige que sea cubierta por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden brindar esta atención, usted puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red. Su PCP es responsable de presentar la solicitud de autorización previa para los servicios fuera de la red. Debe obtener una autorización del plan o



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

del grupo médico afiliado de su PCP antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red, a menos que esté recibiendo servicios de atención médica de emergencia o de urgencia. En esa situación pagará lo mismo que pagaría si obtuviera la atención de un proveedor de la red.

Si usa un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare o Medi-Cal.

- No podemos pagar un proveedor que no es elegible para participar en Medicare o Medi-Cal.
- Si usa un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Servicios y Recursos de Apoyo a Largo Plazo (LTSS)

Los LTSS pueden ayudarle a quedarse en casa y evitar una hospitalización o una internación en un centro de enfermería especializada. Usted tiene acceso a determinados LTSS a través de nuestro plan, incluidos centros de enfermería especializada, Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) y recursos de apoyo comunitarios. Otro tipo de LTSS, el programa de Servicios de Asistencia en el Hogar, está disponible a través de la agencia de servicios sociales de su condado. Los LTSS son para miembros que necesitan ayuda para hacer sus actividades diarias de rutina, como bañarse, vestirse, preparar comidas y administrar los medicamentos. Si necesita ayuda para seguir viviendo de forma independiente, llame a su coordinador de atención o a Servicio al Cliente para obtener una referencia.

LTSS incluye Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS), Servicios de Asistencia en el Hogar (IHSS), Programa de Servicios Multipropósito para Personas de la Tercera Edad (MSSP) y atención médica a largo plazo/cuidado de custodia.

A veces puede obtener ayuda con sus necesidades diarias de atención médica y de vida.

Es posible que pueda recibir estos servicios:

- Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS)
- Atención de enfermería especializada
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Terapia del habla
- Servicios sociales médicos
- Cuidado de la salud en el hogar

Dependiendo del condado en el que viva y su elegibilidad, también puede recibir apoyos comunitarios adicionales a través de su Blue Shield Promise Medi-Cal Plan. Su proveedor puede referirle si cree que es elegible para recibir apoyos comunitarios o puede comunicarse con Servicio al Cliente o con su Coordinador de Atención para obtener más información. Es posible que pueda recibir estos servicios:

- Adaptaciones de accesibilidad ambiental (modificaciones en el hogar)
- Servicios de navegación de transición de vivienda
- Depósitos de vivienda
- Tenencia de vivienda y servicios de sostenimiento
- Comidas de apoyo o comidas médicamente adaptadas
- Servicios de cuidado personal y amas de casa
- Atención de recuperación (relevo médico)
- Descanso para cuidadores
- Vivienda a corto plazo después de una hospitalización
- Centros de desintoxicación

F. Servicios para los trastornos de la conducta (salud mental y trastorno por uso de sustancias)

Tiene acceso a los servicios para los trastornos de la conducta médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a los servicios para los trastornos de la conducta que cubre la atención médica administrada de Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan no brinda servicios de salud mental especializados de Medi-Cal ni para trastornos por uso de sustancias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través de el 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 para los trastornos de la conducta del Condado de San Diego.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

F1. Servicios para los trastornos de la conducta de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan

Tiene servicios de salud mental especializados de Medi-Cal disponibles a través del plan de salud mental (MHP) del condado si cumple con los criterios para acceder a los servicios de salud mental especializados. Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal proporcionados por el 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 para los trastornos de la conducta del Condado de San Diego incluyen:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo con los medicamentos
- tratamiento diurno intensivo
- rehabilitación diurna
- intervención ante situaciones de crisis
- estabilización de crisis
- servicios de tratamiento residencial de adultos
- servicios de tratamiento residencial ante situaciones de crisis
- servicios en una institución de salud psiquiátrica
- servicios de hospitalización psiquiátrica
- gestión de casos específicos
- servicios de salud conductual terapéuticos
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos en el hogar

Los servicios del Sistema de Entrega de Medicamentos Organizada de Medi-Cal están a su disposición 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 para los Trastornos de la Conducta del Condado de San Diego, si cumple con los requisitos para recibir estos servicios. Los servicios de medicamentos de Medi-Cal proporcionados por el 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 para los Trastornos de la Conducta del Condado de San Diego incluyen:



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

- servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- tratamiento del trastorno por consumo de sustancias en el hogar perinatal
- servicios de tratamiento ambulatorio
- programa de tratamiento de narcóticos
- medicamentos para tratamiento por adicciones (también llamado Tratamiento Asistido de Medicamentos)
- servicios de apoyo entre pares

Los servicios del Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal incluyen:

- servicios de tratamiento ambulatorio
- servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- medicamentos para tratamiento por adicciones (también llamado Tratamiento Asistido de Medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial
- servicios de control de la abstinencia
- programa de tratamiento de narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de atención médica

Además de los servicios enumerados anteriormente, es posible que tenga acceso a servicios voluntarios de desintoxicación para pacientes hospitalizados si cumple con los criterios.

Disponibilidad de servicios para trastornos de la conducta

Tiene una amplia gama de servicios a su disposición. Usted puede autorreferirse a un proveedor con contrato y también puede obtener una referencia de su PCP, recomendación de un familiar, etc. “No hay puertas equivocadas” para acceder a los servicios. Puede ponerse en contacto con los siguientes recursos para que le ayuden a obtener servicios:

- Línea de crisis y referencias del condado (consulte el Capítulo 2, Sección K de este manual para obtener el número de teléfono y el horario de atención)



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

- Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles, Prevención y Control del Abuso de Sustancias (llame al 888-742-7900 [TTY: 711], las 24 horas del día, los 7 días de la semana).
- Servicio para Trastorno por Uso de Sustancias de Servicios para los Trastornos de la Conducta del Condado de San Diego (llame al 888-724-7240 [TTY: 711], las 24 horas del día, los 7 días de la semana).
- Línea de salud conductual de Blue Shield TotalDual Plan (consulte el Capítulo 2, Sección D de este manual para conocer el número de teléfono y el horario de atención)
- Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan (el número de teléfono y el horario de atención están impresos al pie de esta página)

Proceso para determinar los servicios médicos necesarios

La necesidad médica la determina un proveedor con la licencia correspondiente. Tanto Blue Shield TotalDual Plan como el condado usan criterios de necesidad médica, que han sido desarrollados por expertos en salud conductual y otras partes interesadas, y son consistentes con los requisitos reglamentarios.

Proceso de referencia entre Blue Shield TotalDual Plan y el condado

Si recibe servicios de Blue Shield TotalDual Plan o del condado, puede recibir una referencia a la otra entidad de acuerdo con sus necesidades. Blue Shield TotalDual Plan o el condado pueden referirle llamando a la entidad a la que se hace la referencia. Además, el proveedor que hace la referencia completará un formulario de referencia y lo enviará a la entidad pertinente.

Proceso de resolución de problemas

Si hay un conflicto entre usted y el condado o Blue Shield TotalDual Plan, continuará recibiendo atención de salud conductual médicamente necesaria, incluidos medicamentos recetados, hasta que se resuelva el conflicto. Blue Shield TotalDual Plan ha trabajado con el condado para desarrollar procesos de resolución que sean oportunos y no afecten negativamente los servicios que necesita recibir. También puede usar el proceso de apelaciones de Blue Shield TotalDual Plan o del condado, según la entidad con la que tenga el conflicto. Para obtener información sobre el proceso de apelación, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.

G. Servicios de transporte

G1. Transporte médico de situaciones que no son de emergencia

Tiene derecho a transporte médico que no es de emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, autobús o taxi para sus citas. Se puede proporcionar transporte médico que no es de emergencia para servicios cubiertos, como citas médicas, dentales, de salud mental, consumo de sustancias y farmacia. Si necesita transporte médico

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



que no es de emergencia, puede comunicarse con su proveedor o con nuestro proveedor de transporte, Call the Car. Su proveedor o nuestro proveedor de transporte, Call The Car, pueden brindarle ayuda a fin de decidir el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades.

El transporte médico que no es de emergencia es una ambulancia, furgoneta con camilla, furgoneta para silla de ruedas o transporte aéreo. Blue Shield TotalDual Plan permite el modo de transporte cubierto de menor costo y el transporte médico que no es de emergencia más apropiado para sus necesidades médicas cuando necesita que le lleven a su cita. Por ejemplo, si se le puede transportar física o médicamente en una camioneta para sillas de ruedas, Blue Shield TotalDual Plan no pagará una ambulancia. Solo tiene derecho al transporte aéreo si su condición médica imposibilita cualquier forma de transporte terrestre.

Debe usarse el transporte médico que no es de emergencia cuando:

- Lo necesita física o médicamente según lo determine la autorización escrita de su otro proveedor porque no puede usar un autobús, taxi, automóvil o camioneta para llegar a su cita.
- Necesita ayuda del conductor hacia y desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental.

Para solicitar transporte médico que su médico ha prescrito para **citas no urgentes de rutina**, llame a Call The Car al 1-877-433-2178 (TTY: 711), las 24 horas y los 7 días de la semana. La aplicación móvil CTC Go se puede usar para programar, editar, rastrear y cancelar reservas de transporte con silla de ruedas. La aplicación móvil CTC Go no puede usarse para el transporte en camilla y usted debe llamar para hacer dichas reservas. Las reservas de citas de rutina no urgentes deben hacerse con 24 de antelación. Para **citas de urgencia**, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Límites de transporte médico

Blue Shield TotalDual Plan cubre el transporte médico de menor costo que cubra sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. No se proporcionará transporte médico si Medicare o Medi-Cal no cubren el servicio. Si el tipo de cita está cubierto por Medi-Cal pero no por el plan de salud, Blue Shield Promise TotalDual Plan le brindará ayuda para programar su transporte. En el Capítulo 4 de este manual encontrará una lista de servicios cubiertos. El transporte no está cubierto fuera de la red o el área de servicio de Blue Shield TotalDual Plan a menos que esté autorizado previamente.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

G2. Transporte no médico

Los beneficios del transporte no médico incluyen viajar hacia y desde sus citas para un servicio autorizado por su proveedor. Puede obtener transporte, sin costo para usted, cuando:

- Viaje hacia y desde una cita para un servicio autorizado por su proveedor o
- Recoja recetas y suministros médicos.

Blue Shield TotalDual Plan le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otro medio público o privado de llegar a sus citas no médicas. Blue Shield TotalDual Plan utiliza Call The Car para organizar el transporte no médico. Cubrimos el tipo de transporte no médico de menor costo que satisfaga 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 haga el viaje y usted debe informarnos por qué no puede transportarse de otra manera, como tomar el autobús. Puede informarnos llamando al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.

No se le puede reembolsar por conducir por su cuenta.

Para el reembolso por millaje se deben cumplir estos requisitos:

- La licencia de conducir del conductor.
- El registro del vehículo del conductor.
- Comprobante de seguro de automóvil para el conductor.

Para solicitar transporte, llame a 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 antelación. La aplicación móvil CTC Go se puede usar para programar, editar, rastrear y cancelar reservas.

Para **citas 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 miembros indígenas estadounidenses pueden comunicarse con su clínica de salud indígena local para solicitar transporte no médico.

Límites de transporte no médico

Blue Shield TotalDual Plan proporciona el transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. **No puede conducir usted mismo ni recibir un reembolso directamente.**



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

El transporte no médico **no** aplica si:

- Se necesita una ambulancia, furgoneta con camilla, furgoneta para silla de ruedas o otra forma de transporte médico que no es de emergencia para recibir un servicio.
- Necesita asistencia del conductor hacia y desde el residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una condición médica o física.
- Está en silla de ruedas y no puede entrar ni salir del vehículo sin la ayuda del conductor.
- El servicio no está cubierto por Medicare ni Medi-Cal.

H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesita con urgencia o durante un desastre

H1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como dolor intenso o lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos promedio de temas de salud y medicina podría esperar que resulte en:

- un riesgo grave para su salud o la de su hijo por nacer; **o**
- un daño grave en las funciones corporales; **o**
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - No hay tiempo suficiente para transferirla con seguridad a otro hospital antes del parto.
 - Una transferencia a otro hospital puede representar una amenaza para su salud, su seguridad o la de su hijo por nacer.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o utilice la sala de emergencias o el hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita una aprobación o referencia de su PCP. No es necesario utilizar un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios o en todo el mundo, de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente.

- **Comuníquese con nuestro plan lo antes posible para comunicar sobre su emergencia.** Hacemos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas. Sin embargo, no pagará los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Llame a Servicio 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. El número de teléfono de nuestro Servicio al Cliente figura en su tarjeta de membresía.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Blue Shield TotalDual Plan cubre servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos y sus territorios en las siguientes circunstancias, sin límite anual combinado. Consulte más información en la Tabla de Beneficios médicos en la Sección D del Capítulo 4 de este documento.

Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Consulte más información en la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de su Guía para los Miembros.

Los proveedores que le brindan atención de emergencia deciden cuándo su condición se estabiliza y la emergencia médica termina. Continuarán brindándole tratamiento y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención médica de seguimiento para mejorar.

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

Cómo recibir atención de emergencia si no fuera una emergencia

A veces puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que acuda a recibir atención de emergencia y el médico le diga que en realidad no fue una emergencia. Siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubrimos su atención.

Después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubrimos su atención adicional solo si:

- Usa un proveedor de red o
- La atención adicional que recibe se considera “atención médica de urgencia” y usted sigue las reglas para recibirla. Consulte la próxima sección.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



H2. Atención médica de urgencia

La atención médica de urgencia es la atención que se recibe para una situación que no es una emergencia pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, es posible que tenga un brote de una condición existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención médica de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

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

- Recibe esta atención de un proveedor de la red **y**
- Sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red, dado su tiempo, lugar o circunstancias, cubrimos la atención médica de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener una lista actualizada de los centros de atención médica de urgencia afiliados a su grupo de médicos, comuníquese con su PCP. También puede buscar centros de atención médica de urgencia en su área en blueshieldca.com/find-a-doctor.

Atención médica de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

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

Nuestro plan cubre servicios de atención médica de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias, sin límite anual combinado. Para obtener más información, consulte *Atención de emergencia* y *Atención médica de urgencia* en la Tabla de Beneficios médicos, Sección D del Capítulo 4.

Si necesita atención médica de urgencia mientras se encuentra fuera de los Estados Unidos y sus territorios, llame sin cargo al Centro de servicios básicos globales de Blue Shield al (800) 810-2583 o llame gratis al (804) 673-1177, las 24 horas del día, los siete días de la semana. En caso de emergencia, diríjase directamente al hospital más cercano. También debe llamar al número de Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Como parte de este servicio, para atención de pacientes hospitalizados, puede comunicarse con el Centro de servicios básicos globales de Blue Shield para organizar el acceso sin efectivo. Si organiza el acceso sin efectivo, usted es responsable de los gastos de bolsillo habituales, como los cargos y copagos no cubiertos. Si no organiza el acceso sin efectivo, tendrá que pagar la factura completa de su atención médica y presentar una solicitud de reembolso.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



H3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de California, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite nuestra página web para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre declarado: blueshieldca.com/emergencypolicy.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, puede recibir atención de proveedores fuera de la red a la tasa de costo compartido dentro de la red. Durante un desastre declarado, si no puede usar un farmacia de la red, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información.

I. Qué hacer si le facturan directamente los servicios que cubre nuestro plan

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

No debe pagar la factura por su cuenta. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsársela.

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

II. Qué hacer si nuestro plan no cubre servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determinen médicamente necesarios y
- que se enumeran en la Tabla de Beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de su *Guía para los Miembros*) y
- que reciba siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted paga el costo total**, a menos que esté cubierto por otro programa de Medi-Cal fuera de nuestro plan.

Si quiere saber si pagamos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a preguntar esto por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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

Pagamos algunos servicios hasta un cierto límite. Si supera el límite, paga el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** a fin de obtener límites de beneficios específicos. Llame a Servicio al Cliente para averiguar cuáles son los límites de beneficios y cuánto de sus beneficios ha utilizado.

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

J1. Definición de un estudio de investigación clínica.

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare generalmente solicita la participación de voluntarios.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que desea participar y usted expresa interés, alguien que trabaja en el estudio se comunica con usted. Esa persona le informa sobre el estudio y averigua si califica para participar en él. Podrá estar en el estudio siempre y cuando cumpla con las condiciones requeridas. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Mientras esté en el estudio, puede permanecer inscrito en nuestro plan. De esa manera, nuestro plan sigue cubriéndole servicios y atención no relacionados con el estudio.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de atención primaria. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio sean proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los cuales nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo o registro clínico para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia (NCD-CED) y de exención de dispositivos en investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

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

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para las personas inscritas por Medicare Original, le recomendamos a usted o a su coordinador de atención que se comuniquen con Servicio al Cliente para informarnos que participará en un ensayo clínico.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no paga nada por los servicios cubiertos en el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio. El programa incluye:

- alojamiento y comida para una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que es parte del estudio de investigación
- tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación de la nueva atención

Si forma parte de un estudio que Medicare **no** ha aprobado, usted paga cualquier costo por participar en el estudio.

J3. Más información sobre estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica si lee “Medicare y estudios de investigación clínica” en la página web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

K. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución no médica religiosa para el cuidado de la salud

K1. Definición de una institución no médica religiosa para el cuidado de la salud

Una institución no médica religiosa para el cuidado de la salud es un lugar que brinda atención que normalmente recibiría en un hospital u centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital u centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución no médica religiosa para el cuidado de la salud.

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

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



K2. Atención en una institución no médica religiosa para el cuidado de la salud

Para recibir atención de una institución no médica religiosa para el cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que está en contra de recibir tratamiento médico que esté “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención que sea **voluntaria y no requerida** por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención que **no sea voluntaria y sea requerida** según la ley federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que reciba en una institución no médica religiosa para el cuidado de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a aspectos de atención no religiosos.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un establecimiento:
 - Debe tener una condición médica que le permita obtener servicios cubiertos para atención hospitalaria o atención en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de que lo admitan en el centro o su estadía **no** estará cubierta.

No hay límite en la cantidad de días cubiertos por cada hospitalización. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

DME incluye ciertos artículos médicamente necesarios solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas ortopédicas solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Siempre posee ciertos artículos, como prótesis.

En esta sección, analizamos el DME que usted alquila. Como miembro de nuestro plan, por lo general **no** será propietario de DME, sin importar cuánto tiempo lo alquile.

En determinadas situaciones limitadas, Blue Shield TotalDual Plan puede transferirle la propiedad del artículo DME dependiendo de si cumple con uno o todos los siguientes criterios:

- Tiene una necesidad médica continua de artículos que cuestan menos de \$150 y/o de bombas parenterales/de infusión.
- Certificación médica
- Si el dispositivo o equipo está hecho a su medida

Llame a Servicio al Cliente para conocer los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe presentar.

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

L2. Propiedad de DME si cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pasan a tener su propiedad después de 13 meses. En Medicare Advantage Plan (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de ser dueños del artículo.

Nota: usted puede buscar definiciones de los planes Medicare Original y Medicare Advantage Plan en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare y Usted 2025*. Si no tiene una copia de este cuadernillo, puede obtenerla en la página web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si no se elige Medi-Cal, tendrá que hacer 13 pagos seguidos según Medicare Original o bien, tendrá que hacer la cantidad de pagos seguidos establecidos por el plan MA, para ser propietario del artículo DME si:

- no se convirtió en propietario del artículo DME mientras estaba en nuestro plan y
- usted abandona nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Medicare Original o un plan MA.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Si hizo pagos por el artículo DME bajo Medicare Original o un plan MA antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o del plan MA no cuentan para los pagos que debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Tendrá que hacer 13 pagos nuevos seguidos bajo Medicare Original o una cantidad de pagos nuevos seguidos establecidos por el plan MA para ser propietario del artículo DME.
- No hay excepciones a esto cuando regresa a Medicare Original o a un plan MA.

L3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para equipos de oxígeno cubiertos por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubrimos:

- alquiler de equipos de oxígeno
- entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si abandona nuestro plan.

L4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original u otro Medicare Advantage Plan (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia a Medicare Original**, lo alquila a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos de alquiler mensuales cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios enumerados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo por 36 meses**, su proveedor debe proporcionar:

- Equipos, suministros y servicios de oxígeno por otros 24 meses
- Equipos y suministros de oxígeno por hasta 5 años si es médicamente necesario

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- Su proveedor ya no tiene que proporcionárselo y usted puede optar por obtener equipo de reemplazo de cualquier proveedor.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Alquila a un proveedor durante 36 meses.
- Su proveedor después proporciona el equipo, los suministros y los servicios de oxígeno durante otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada 5 años, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia a otro plan MA**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Medicare Original. Puede preguntarle a su nuevo plan MA qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y cualquier restricción o límite sobre esos servicios y cuánto paga por cada servicio. También le informa sobre los beneficios que nuestro plan no cubre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para los Miembros*.

Nuevos miembros de Blue Shield TotalDual Plan: En la mayoría de los casos, estará inscrito en Blue Shield TotalDual Plan y podrá acceder a sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en Blue Shield TotalDual Plan. Aún puede recibir los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Blue Shield TotalDual Plan. No habrá ninguna interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1-800-452-4413 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Índice

A. Sus servicios cubiertos y sus costos de bolsillo	75
B. Normas contra los proveedores que le cobran por los servicios.....	75
C. Acerca de la Tabla de Beneficios de nuestro plan	75
D. Tabla de Beneficios de nuestro plan	78
E. Cuadro de procedimientos de beneficios dentales cubiertos.....	130
F. Recursos de apoyo comunitarios	137
G. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	140
G1. Transiciones Comunitarias de California (CCT)	140
G2. Medi-Cal Dental.....	141
G3. Cuidados para enfermos terminales.....	141
G4. Servicios de Asistencia en el Hogar (IHSS)	142
G5. Programas de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) 1915(c)	143
G6. Servicios para trastornos de la conducta del condado que se brindan fuera de nuestro plan (servicios para trastornos de la conducta y trastornos por consumo de sustancias)	146
H. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal	149



A. Sus servicios cubiertos y sus costos de bolsillo

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y cuánto paga usted por cada servicio. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros*. Este capítulo también explica los límites en algunos servicios.

Para algunos servicios, se le cobra un costo de bolsillo llamado copago. Esta es una cantidad fija (por ejemplo, \$5) que usted paga cada vez que recibe ese servicio. Usted paga copago en el momento en que recibe un servicio médico.

Dado que recibe asistencia de Medi-Cal, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las reglas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de su *Guía para los Miembros* para conocer más detalles sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de atención o a Servicio al Cliente al 1-800-452-4413 (TTY: 711).

B. Normas contra los proveedores que le cobran por los servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen por servicios cubiertos dentro de la red. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que éste cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios que están cubiertos. Si lo hace, consulte el **Capítulo 7** de su *Guía para los Miembros* o llame a Servicio al Cliente.

C. Acerca de la Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios le indica los servicios que paga nuestro plan. Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. Usted **no** paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos descritos a continuación.

- Proporcionamos servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios como atención médica, servicios de salud conductual y uso de sustancias, servicios y recursos de apoyo a largo plazo, suministros, equipos y medicamentos deben ser “medicamente necesarios”. Medicamente necesario

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye atención que le impide ingresar a un hospital o centro de reposo. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. Un servicio es médicamente necesario cuando es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir enfermedades o discapacidades importantes o aliviar un dolor intenso.

- Para las personas inscritas recientemente, el plan debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el plan MA nuevo puede no requerir autorización previa para cualquier curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fuera para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que sea una emergencia o atención médica de urgencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya hecho una referencia. El **Capítulo 3** de su *Guía para los Miembros* tiene más información sobre el uso de proveedores de la red y fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y administra 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 utilizar otros proveedores de la red del plan. Esto se llama referencia. El **Capítulo 3** de su *Guía para los Miembros* tiene más información sobre cómo obtener una referencia y cuándo **no** la necesita.
- Cubrimos algunos servicios enumerados en la Tabla de Beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación primero. Esto se llama autorización previa (PA). En la Tabla de Beneficios marcamos en cursiva los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.
- Si su plan proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, sus antecedentes médicos y las recomendaciones del proveedor médico a cargo.
- Si pierde sus beneficios de Medi-Cal, dentro del período de 6 meses de elegibilidad continua considerada, sus beneficios de Medicare en este plan continuarán. Sin embargo, es posible que su servicio de Medi-Cal no esté

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



cubierto. Comuníquese con la oficina de elegibilidad de su condado o con Opciones de Atención Médica para obtener información sobre su elegibilidad de Medi-Cal. Puede conservar sus beneficios de Medicare, pero no sus beneficios de Medi-Cal.

- Blue Shield TotalDual Plan ha sido aprobado para proporcionar ciertos beneficios y copagos más bajos de la Parte D como parte del programa de Diseño de seguro basado en el valor (VBID). Si cumple con los requisitos para la “Ayuda Adicional”, puede acceder a todos los beneficios ofrecidos como parte del programa VBID y no pagará nada por los medicamentos recetados cubiertos por la Parte D. Para obtener más información sobre los beneficios de VBID que se ofrecen, consulte la descripción del modelo de diseño de seguro basado en el valor en la **Sección D** del **Capítulo 4**, y consulte la **Sección C** del **Capítulo 6** para obtener información sobre cómo el VBID ayuda a eliminar el costo compartido de los medicamentos de la Parte D.
 - Dado que Blue Shield TotalDual Plan participa en el programa VBID, también recibirá información y apoyo sobre los recursos de planificación anticipada de la atención médica (ACP) de su coordinador de atención o proveedor durante su visita anual de bienestar u otras consultas de rutina.
 - La planificación anticipada de la atención médica (ACP) le ayuda a prepararse para el futuro y, si no puede tomar decisiones por sí mismo, le ayudará a garantizar que se sigan sus deseos. La ACP puede incluir completar directivas anticipadas, determinar un poder notarial para la atención médica, completar un testamento vital, órdenes médicas y más.
 - Para obtener más información sobre los servicios de ACP, comuníquese con su coordinador de atención de Blue Shield al 1-888-548-5765, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., o hable con su médico durante su próxima consulta.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.



D. 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 prueba de ultrasonido única para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una referencia de su médico, asistente médico, enfermero profesional o enfermero clínico especialista.	\$0
	Acupuntura Pagamos hasta dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios en cualquier mes calendario, o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. También pagamos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, definido como: • que dura 12 semanas o más; • no específico (sin causa sistémica que pueda identificarse, como no asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no asociado con cirugía; y • no asociado con un embarazo. Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si muestra una mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora. Los beneficios se brindan a través de un contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Para obtener más información o para encontrar un proveedor participante de ASH Plans, puede llamar a ASH Plans al (800) 678-9133 <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Acupuntura (continuación) [TTY: 711], de lunes a viernes de 5:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre, y de domingos a sábados de 8 a.m. a 8 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo. También puede llamar al Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan o visitar blueshieldca.com/find-a-doctor para localizar un proveedor participante de ASH Plans.	
	Servicios adicionales de telesalud* Teladoc brinda consultas médicas por teléfono o video las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar y tratar condiciones médicas básicas y también pueden recetar ciertos medicamentos. Teladoc es un servicio complementario que no pretende reemplazar la atención de su proveedor de atención primaria. Inicie sesión en blueshieldca.com/teladoc o en la aplicación Blue Shield of California para solicitar una consulta. Si tiene preguntas, puede comunicarse con Teladoc por teléfono al 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) [TTY: 711], las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. *Los servicios no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	\$0
	Evaluación y asesoramiento por abuso de alcohol Pagamos una evaluación de consumo indebido de alcohol (SABIRT) para adultos que abusan del alcohol pero que no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si su evaluación de abuso de alcohol da positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento en persona cada año (si puede y está alerta durante el asesoramiento) con un proveedor de atención primaria (PCP) calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.	\$0

Si tiene alguna pregunta, 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 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, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen tierra y aire (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar al lugar de la atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia) deben ser aprobados por nosotros. En casos que no sean emergencias, es posible que paguemos una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar al lugar de la atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
	Examen físico anual Tiene cubierto un examen físico de rutina cada 12 meses además de su visita anual de bienestar. Esta visita incluye una revisión integral de su historial médico y antecedentes familiares, una evaluación detallada de pies a cabeza y otros servicios, referencias y recomendaciones que puedan ser apropiados.	\$0
	Consulta anual de bienestar Puede hacerse un chequeo anual. Esto es para hacer o actualizar un plan de prevención a partir de sus factores de riesgo actuales. Pagamos por esto una vez cada 12 meses. Nota: su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de “bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario haber tenido una consulta de bienvenida a Medicare para recibir consultas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	\$0



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 doméstico para detectar los causantes que se encuentran comúnmente en el hogar de las personas con asma mal controlada.	\$0
	Medición de masa ósea Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que califican (en general, alguien en riesgo de perder masa ósea o con riesgo de sufrir osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran pérdida ósea o descubren la calidad ósea. Pagamos los servicios una vez cada 24 meses, o con más frecuencia, si es médicamente necesario. También pagamos para que un médico observe y comente los resultados.	\$0
	Prueba de detección del cáncer de seno (mamografías) Pagamos por los siguientes servicios: • una mamografía de referencia entre las edades de 35 y 39 años • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	\$0
	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener la referencia de un médico. También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Consulta de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (corazón) (terapia para enfermedad cardíaca) Pagamos una consulta al año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante la visita, su médico puede: • analizar el uso de aspirina, • controlar su presión arterial o • darle consejos para asegurarse de que está comiendo bien.	\$0
	Pruebas de enfermedad cardiovascular (corazón) Pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos debidos al alto riesgo de enfermedad cardíaca.	\$0
	Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y vagina Pagamos por los siguientes servicios: • para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • para mujeres con alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • para mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • para mujeres entre 30 y 65 años: prueba del virus del papiloma humano (VPH) o prueba de Papanicolaou más prueba del VPH una vez cada 5 años	\$0
	Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare) Pagamos por los siguientes servicios: • manipulación manual de la columna para corregir la subluxación	\$0

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios de quiropraxia (no cubiertos por Medicare)* Los servicios cubiertos incluyen: • exámenes iniciales y posteriores • visitas al consultorio y ajustes quiroprácticos • terapias complementarias • radiografías (solo quiropráctica) Los beneficios se brindan a través de un contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Para obtener más información o para ubicar un proveedor participante de ASH Plans, puede llamar a los ASH Plans al (800) 678-9133, TTY: 711), de lunes a viernes de 5:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre, y de domingos a sábados de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo. También puede llamar a Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan o visitar blueshieldca.com/find-a-doctor para localizar un proveedor participante de ASH Plans. *Los servicios no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	\$0 (la cobertura está limitada a hasta 12 visitas por año para servicios no cubiertos por Medicare).
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Pagamos por los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo; o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal; y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Prueba de detección de cáncer colorrectal (<i>continuación</i>) • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años y mayores. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde la última prueba de detección de enema de bario o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no son de alto riesgo y de 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después de la última prueba de detección de enema de bario o prueba de detección de sigmoidoscopia flexible. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	
Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) CBAS es un programa de servicios para pacientes ambulatorios en un centro al que las personas asisten según un cronograma. Brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (incluidas ocupacionales, físicas y del habla), cuidado personal, capacitación y apoyo para familiares/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios. Pagamos CBAS si cumple con los criterios de elegibilidad. Nota: si no hay un establecimiento de CBAS disponible, podemos proporcionar estos servicios por separado.	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios dentales Pagamos ciertos servicios dentales, incluidos, entre otros, servicios de restauración limitados (coronas) y servicios de prostodoncia (dentaduras postizas). Lo que no cubrimos está disponible a través de Medi-Cal Dental, según se describe en el punto G2 a continuación. Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes hechas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón. En general, los servicios dentales preventivos (tales como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes hechas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos algunos servicios dentales integrales*. El <i>Cuadro de procedimientos de beneficios dentales</i> (que se encuentra en este capítulo después de la Tabla de Beneficios Médicos) muestra los procedimientos dentales específicos cubiertos por este beneficio. Los procedimientos enumerados son beneficios cubiertos cuando los brinda un dentista dentro de la red con licencia y cuando es necesario y habitual según lo determinen los estándares de la práctica dental generalmente aceptada. La información sobre cómo acceder a los servicios cubiertos se encuentra después del <i>Cuadro de procedimientos de beneficios dentales</i>. Es posible que no todos los servicios cubiertos sean apropiados para todos. Debe confiar en su dentista de la red a fin de determinar la atención adecuada para usted. Es posible que se apliquen limitaciones de beneficios, autorización previa y/o referencias a ciertos servicios dentales.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos (cuando se obtienen de un dentista dentro de la red). Para servicios dentales cubiertos por Medicare, consulte la sección Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico de la Tabla de Beneficios médicos. Para servicios dentales no cubiertos por Medicare, consulte el Cuadro de procedimientos de beneficios dentales. El cuadro incluye una lista de procedimientos dentales cubiertos, lo que usted paga por cada procedimiento y cualquier limitación de beneficios. Usted paga \$0 por



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
	* Los servicios no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo del plan. Además, como miembro con doble elegibilidad, Medi-Cal (Medicaid) cubre algunos servicios dentales. Ciertos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental. Más información en la página web SmileCalifornia.org. Medi-Cal Dental incluye, entre otros, servicios como: • exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor • restauraciones y coronas • tratamiento del conducto radicular • dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y revestimientos Para obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles en Medi-Cal Dental o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, comuníquese 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 de Medi-Cal Dental atienden de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede visitar la página web smilecalifornia.org/ para obtener más información.	servicios cubiertos cuando se obtienen de un dentista dentro de la red. Para servicios dentales cubiertos por Medi-Cal (Medicaid), consulte la <i>Guía para los Miembros de Medi-Cal Dental</i> que se encuentra en la página web de Medi-Cal Dental en smilecalifornia.org/. Usted paga \$0 por servicios dentales cubiertos.
	Evaluación de depresión Pagamos por una evaluación de depresión cada año. La evaluación debe hacerse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o referencias.	\$0
	Prueba de detección de diabetes Pagamos este examen (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión)	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
	• antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa) Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Es posible que cumpla con los requisitos para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	
	Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes Pagamos por los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para controlar su nivel de glucosa en sangre, incluidos los siguientes: ○ un monitor de glucosa en sangre ○ tiras reactivas para medir la glucosa ○ dispositivos de lanceta y lancetas ○ soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Para las personas con diabetes que padecen una enfermedad grave del pie diabético, pagamos lo siguiente: ○ un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluyendo plantillas), incluido el ajuste, y dos pares de plantillas adicionales cada año calendario; o ○ un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se proporcionan con dichos zapatos) <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0 Para monitores de glucosa en sangre, consulte la sección “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” a continuación.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes (<i>continuación</i>) En algunos casos, pagamos por la capacitación que le permitirá controlar sus diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente. Para tiras reactivas y monitores de glucosa en sangre, el fabricante preferido es Abbott. Las tiras reactivas y los monitores de glucosa en sangre FreeStyle® (fabricados por Abbott) no requerirán que su médico obtenga la aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”) del plan. Las tiras reactivas y los monitores de glucosa en sangre de todos los demás fabricantes requerirán que su médico obtenga la aprobación previa (a veces denominada “autorización previa”) del plan. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
Servicios de doula Para las personas que están embarazadas, pagamos nueve consultas con una doula durante el período prenatal y posparto, así como apoyo durante el trabajo de parto y el parto.	\$0
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados Consulte el Capítulo 12 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 - sistemas de colchones eléctricos - almohadilla de presión seca para colchón - suministros para diabéticos <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0 Monitores de glucosa en sangre: \$0 para monitores de glucosa en sangre FreeStyle® y 20% de coseguro para monitores de glucosa en sangre de todos los demás fabricantes. Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (<i>continuación</i>) • camas ortopédicas solicitadas por un proveedor para uso en el hogar • bombas de infusión intravenosa (IV) y poste • dispositivos generadores de voz • equipos y suministros de oxígeno • nebulizadores • andadores • mango curvo estándar o bastón cuádruple y suministros de repuesto • tracción cervical (por encima de la puerta) • estimulador óseo • equipos de diálisis Es posible que se cubran otros artículos. Pagamos por todo el equipo médico duradero médicamente necesario que normalmente paga Medicare y Medi-Cal. Si nuestro proveedor en su zona no tiene una marca comercial o un fabricante en particular, usted puede preguntar si lo pueden pedir especialmente para usted. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	de Medicare es de \$0 por vez. Sus costos compartidos no cambiarán luego de estar inscrito durante 36 meses.
Atención de emergencia Atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • suministrados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia, y • necesarios para tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una condición médica con dolor intenso o lesión grave. La condición es tan grave que, si no <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado una vez que se haya estabilizado su emergencia, debe



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Atención de emergencia (<i>continuación</i>) recibe atención médica inmediata, cualquier persona con conocimientos promedio de temas de salud y medicina podría esperar que resulte en: • un riesgo grave para su salud o la de su hijo por nacer; o • un daño grave en las funciones corporales; o • una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: ○ No hay tiempo suficiente para transferirla con seguridad a otro hospital antes del parto. ○ Una transferencia a otro hospital puede representar una amenaza para su salud, su seguridad o la de su hijo por nacer. Cobertura en todo el mundo* Usted no tiene un límite anual combinado para servicios de atención de emergencia o atención 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 de gastos de bolsillo del plan.	regresar a un hospital de la red para que se siga pagando su atención. Puede permanecer en un hospital fuera de la red para recibir atención como paciente hospitalizado solo si nuestro plan aprueba su estadía. Coseguro del 20% para cobertura de emergencia en todo el mundo (el coseguro no se aplica si es ingresado en el hospital dentro del plazo de un día por la misma condición).
Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Pagamos por los siguientes servicios: • examen de planificación familiar y tratamiento médico • exámenes de laboratorio y diagnóstico de planificación familiar • métodos de planificación familiar (SIU/DIU, implantes, inyecciones, pastillas anticonceptivas, parche o anillo) <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
	Servicios de planificación familiar (<i>continuación</i>) • suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón) • servicios limitados de fertilidad, como asesoramiento y educación sobre técnicas de conocimiento de la fertilidad y/o asesoramiento, exámenes y tratamiento de la salud preconcepcional para infecciones de transmisión sexual (ITS) • asesoramiento y exámenes de VIH y SIDA, y otras condiciones relacionadas con el VIH • anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario de consentimiento federal de esterilización con una anticipación de al menos 30 días, pero no más de 180 días, antes de la fecha de la cirugía). • asesoramiento genético También pagamos por algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe utilizar un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios: • tratamiento para condiciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales de quedar embarazada). • tratamiento para el SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH. • pruebas genéticas	
	Programas de educación para la salud y el bienestar* Ofrecemos muchos programas que se centran en ciertas condiciones de salud. Estos incluyen: • Clases de educación de la salud; • Clases de educación nutricional; • Tabaquismo y abandono del hábito de fumar; y • Línea directa de enfermería Programas para ayudarle a mantenerse saludable. Los servicios cubiertos incluyen: • Materiales escritos de educación para la salud, los cuales incluyen boletines informativos <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Programas de educación para la salud y el bienestar* (continuación) • Programas educativos Programas educativos centrados en condiciones de salud tales como: • Presión arterial alta • Colesterol • Asma • Dieta especial Programas educativos diseñados para enriquecer su salud y su estilo de vida, lo cual incluye: • Control de peso • Acondicionamiento físico • Manejo del estrés NurseHelp 24/7 Tenga un diálogo en línea confidencial personal con un enfermero titulado, las 24 horas del día. Cuando tenga una inquietud médica, una llamada a nuestra línea directa gratuita lo pondrá en contacto con un enfermero titulado que escuchará sus inquietudes y le ayudará a encontrar una solución. Llame al 1-877-304-0504 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. SilverSneakers® Fitness SilverSneakers puede ayudarle a vivir una vida más saludable y activa a través del acondicionamiento físico y la conexión social. Usted tiene cobertura para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en las ubicaciones participantes.¹ Tiene acceso a instructores que dirigen clases grupales de ejercicio especialmente diseñadas.² En las ubicaciones participantes de todo el país,¹ puede tomar clases,² además de usar equipos de ejercicio y gozar de otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX® le brinda opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (como centros recreativos, centros comerciales y parques). SilverSneakers también lo conecta a una red de apoyo y clases virtuales a través de SilverSneakers LIVE™, videos SilverSneakers On-Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™. También obtiene acceso a Stitch³, un sitio social en línea para personas mayores, donde puede unirse a actividades y eventos presenciales y en línea. Todo lo que necesita para comenzar es su número de identificación personal de SilverSneakers. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Programas de educación para la salud y el bienestar* (continuación) Visite Silversneakers.com para obtener más información sobre su beneficio o llame al 1-888-423-4632 [TTY: 711] de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Siempre hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios. ¹Las ubicaciones participantes (“PL”) no son propiedad de Tivity Health, Inc. ni sus afiliadas ni están operadas por ellos. El uso de las instalaciones y los servicios de las PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica de la PL. Las instalaciones y los servicios varían según la PL. ²La membresía incluye clases grupales de ejercicio dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunas ubicaciones les ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según la ubicación. ³Stitch es un proveedor externo y no es propiedad de Tivity Health ni sus afiliadas ni está operado por ellos. Los miembros de SilverSneakers deben tener servicio de Internet para acceder al servicio Stitch. Los cargos por servicio de Internet son responsabilidad del miembro de SilverSneakers. Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS): un sistema de monitoreo de alerta médica que brinda acceso a ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con solo presionar un botón. Sus beneficios PERS son proporcionados por LifeStation® e incluyen: • Un sistema de respuesta de emergencia personal • Un sistema doméstico o dispositivo móvil con GPS/Wi-Fi y detección de caídas, el que usted prefiera • Monitoreo mensual • Cargadores y cables necesarios Para hacer un pedido de PERS y comenzar a recibir servicios, llame al equipo de LifeStation al 1-855-672-3269 (TTY: 711), de lunes a viernes de 5:00 a.m. a 6:00 p.m. hora del Pacífico (PST) y los sábados de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. hora del Pacífico (PST), o visite blueshieldca.com/login. *Los servicios no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios relacionados con la audición Nosotros pagamos los audífonos y las pruebas de equilibrio realizadas por su proveedor. Esas pruebas indican si usted necesita tratamiento médico. Están cubiertos como atención médica ambulatoria cuando los recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. - Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y del equilibrio realizadas por su médico de atención primaria (PCP) para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención médica ambulatoria, cuando son suministradas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. - Exámenes de rutina de la audición (no cubiertos por Medicare)* - Audífonos* - Usted tiene una asignación anual de \$1,500 para hasta dos audífonos y dos pruebas y evaluaciones de audífonos (se aplica a ambos oídos combinados). Puede obtener estos servicios con el proveedor de audífonos que usted prefiera. - Esta asignación no se puede transferir de un año a otro. No se pueden combinar las asignaciones para los servicios de audífonos y para comestibles saludables. Cada beneficio tiene una asignación por separado. Recibirá una carta del administrador de beneficios con su tarjeta de beneficios personalizada. Esta carta le informará que su tarjeta se cargó con el importe de la asignación. También brindará información sobre cómo acceder a más detalles sobre el beneficio por teléfono, página web o aplicación móvil. Healthy Benefits+ es una tarjeta de gastos con sus asignaciones de beneficios precargadas para ayudarle a pagar los artículos y servicios cubiertos. Si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, puede llamar al administrador de beneficios al (855) 572-6341 [TTY: 711], de domingos a sábados de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, del 1 de octubre al <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0 por cada examen de diagnóstico de audición cubierto por Medicare \$0 por cada examen de rutina de audición (no cubierto por Medicare) \$0, hasta una asignación de \$1,500 por año para servicios cubiertos de audífonos



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios relacionados con la audición (<i>continuación</i>) 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede ingresar en línea a HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA para conocer más detalles. *Los servicios no se aplican al límite de gastos de bolsillo del plan. También pagamos los audífonos cuando los prescribe un médico u otro proveedor calificado, lo que incluye: • moldes, suministros y accesorios • reparaciones • un juego inicial de baterías • seis visitas para capacitación, ajustes y pruebas con el mismo proveedor después de que usted reciba los aparatos para la sordera • alquiler de aparatos para la sordera durante el período de prueba • dispositivos de asistencia auditiva, dispositivos de audición de conducción ósea de uso superficial • servicios de audiología y posevaluación relacionados con los audífonos	
 Prueba de detección del VIH Pagamos un examen de detección del VIH cada 12 meses para las personas que: • soliciten una prueba de detección del VIH, o • tengan mayor riesgo de contraer la infección por VIH. Para las mujeres embarazadas, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo. También pagamos pruebas de detección adicionales del VIH cuando lo recomienda su proveedor.	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Atención de agencia de salud en el hogar Antes de que pueda recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe informarnos que usted los necesita y deben ser prestados por una agencia de salud en el hogar. Usted debe estar confinado en su casa, lo que significa que salir supone un esfuerzo importante. Pagamos por los siguientes servicios y quizás por otros servicios que no se enumeran aquí: • servicios de enfermería especializada y auxiliar de atención médica en el hogar a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos por el beneficio de servicios de salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y auxiliar de atención médica en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipos y suministros médicos <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0 por cada visita cubierta de salud en el hogar
Terapia de infusión en el hogar Nuestro plan paga la terapia de infusión en el hogar, que se define como los medicamentos o sustancias biológicas administradas en una vena o aplicadas debajo de la piel, y que se le suministran en su hogar. Para realizar la infusión en el hogar se necesita lo siguiente: • el medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • equipo, como una bomba; y • suministros, como tubos o catéteres. Nuestro plan cubre servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros: <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0 por cada visita cubierta de terapia de infusión en el hogar



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Terapia de infusión en el hogar (<i>continuación</i>) • servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, que se prestan de acuerdo con su plan de atención; • capacitación y educación de los miembros que aún no se incluyen en el beneficio de equipo médico duradero; • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para el suministro de terapia de infusión en el hogar y los medicamentos correspondientes proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
Entrega de comidas a domicilio* Cuando se le dé de alta de una estadía en un hospital o en un centro de enfermería especializada, cubrimos: • 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 al Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este documento). *Los servicios no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	\$0 por cada entrega de comida cubierta
Cuidados para enfermos terminales Tiene derecho a elegir un centro de cuidados para enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0 por servicios de consulta sobre cuidados terminales (por única vez)



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Cuidados para enfermos terminales (<i>continuación</i>) se espera que le queden seis meses de vida o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de cuidados para enfermos terminales certificados por Medicare en el área de servicio del plan. Su médico de cuidados para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • atención de relevo a corto plazo • cuidados en el hogar Los servicios de cuidados para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal se facturan a Medicare. • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. Para servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: • Nuestro plan cubre servicios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Cubrimos los servicios independientemente de que se relacionen o no con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan: • Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su <i>Guía para los Miembros</i>. Nota: si tiene una enfermedad grave, puede ser elegible para recibir cuidados paliativos, que son proporcionados por un equipo que brinda atención centrada en el paciente y la familia para mejorar su calidad de vida. Puede recibir cuidados paliativos al mismo tiempo que recibe cuidados curativos/normales. Consulte la sección Cuidados paliativos a continuación para obtener más información. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Cuidados para enfermos terminales (<i>continuación</i>) Nota: si necesita cuidados para enfermos no terminales, llame a su coordinador de atención y/o a Servicio al Cliente para coordinar los servicios. Los cuidados para enfermos no terminales son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre servicios de consulta sobre cuidados terminales (por única vez) para un miembro con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados para enfermos terminales. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
 Vacunas Pagamos por los siguientes servicios: • vacunas contra la neumonía • vacunas contra la gripe/influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarias • vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • vacunas contra el COVID-19 • vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) • otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare Pagamos otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de su <i>Guía para los Miembros</i> para obtener más información. También pagamos todas las vacunas para adultos según lo recomendado por el Comité de Asesoría sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Pagamos por los siguientes servicios y por otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí: • sala semiprivada (o sala privada si es médicamente necesaria) • comidas, incluso las dietas especiales • servicios regulares de enfermería • costos de unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios) • medicamentos • exámenes de laboratorio • radiografías y otros servicios radiológicos • suministros quirúrgicos y médicos necesarios • dispositivos, como sillas de ruedas • servicios de quirófano y sala de recuperación • terapia física, ocupacional y del habla • servicios como paciente hospitalizado por abuso de sustancias en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para recibir uno. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede recibir sus servicios de trasplante a nivel local o fuera del modelo de atención de su comunidad. Si nuestro plan brinda servicios de trasplante fuera del modelo de atención de nuestra comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, organizamos o pagamos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona. † <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0 Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se establezca su emergencia.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación) • sangre, incluyendo el almacenamiento y la administración • servicios médicos Nota: para ser paciente hospitalizado, su proveedor debe extender una orden para que se le admita formalmente como paciente internado en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún se le considere paciente ambulatorio. Si usted no está seguro de si es un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare cuyo título es “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Dicha hoja informativa está disponible en es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a dichos números gratis, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. †Los trasplantes están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Pagamos los servicios de atención de la salud mental que requieren una hospitalización. • Si necesita servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente, pagamos los primeros 190 días. Después de eso, la agencia local de salud mental del condado paga los servicios psiquiátricos hospitalarios médicamente necesarios. La autorización para la atención más allá de los 190 días se coordina con la agencia de salud mental local del condado. ○ El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico (continuación) • Si tiene 65 años o más, pagamos por los servicios que recibe en un instituto de enfermedades mentales (IMD). <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
Estadía hospitalaria: Servicios cubiertos en un hospital u centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado No pagamos su estadía como paciente hospitalizado si ha utilizado todos sus beneficios como paciente hospitalizado o si la estadía no es razonable y médicamente necesaria. Sin embargo, en determinadas situaciones en las que la atención para pacientes hospitalizados no está cubierta, es posible que paguemos por los servicios que reciba mientras esté en un hospital o una institución de reposo. Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente. Pagamos por los siguientes servicios y quizás por otros servicios que no se enumeran aquí: • servicios médicos • exámenes de diagnóstico, como exámenes de laboratorio • terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • vendas quirúrgicas • tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • prótesis y dispositivos ortopédicos, distintos de los dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. Son dispositivos que reemplazan total o parcialmente: ○ un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o ○ la función de un órgano interno del cuerpo inoperativo o que funciona mal. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Estadía hospitalaria: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado (<i>continuación</i>) - aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, trusas, y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio en su condición - terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
Servicios y suministros para enfermedades renales Pagamos por los siguientes servicios: - Servicios de educación sobre la enfermedad renal para instruir acerca de la atención de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones acerca de su atención. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y ser referido por su médico. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación para las enfermedades renales. - Tratamientos de diálisis como paciente ambulatorio, incluso los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente 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 de este servicio no esté disponible o no se pueda acceder a él temporalmente. - Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado si usted es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para atención especial - Capacitación para la autodiálisis, incluye la capacitación para usted y la persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar - Equipos y suministros para diálisis en el hogar - Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en las emergencias y revisar el equipo de diálisis y suministro de agua. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios y suministros para enfermedades renales (continuación) Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en este cuadro. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
	Prueba de detección de cáncer de pulmón Nuestro plan paga la prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • tiene entre 50 y 77 años, y • tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado al menos 1 paquete al día durante 20 años sin signos ni 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 pagará otra cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado.	\$0
	Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para cuando su médico lo refiere después de un trasplante de riñón. Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año en que recibe servicios de terapia nutricional médica a través de Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios. Después de eso, pagaremos dos horas de servicios de asesoramiento personalizado cada año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Terapia de nutrición médica (continuación) con la referencia de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la referencia cada año si necesita tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.	
	Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga los servicios del MDPP. El MDPP ha sido diseñado para fomentar un comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en: • cambio de dieta a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • 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 por los siguientes medicamentos: • medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, de un hospital para pacientes ambulatorios o de un centro quirúrgico ambulatorio. • insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos para los que necesita utilizar equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan haya autorizado • el medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi (genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa (IV) • factores de la coagulación de la sangre que usted se aplique con una inyección si tiene hemofilia • medicamentos inmunodepresores para trasplantes: Medicare cubre la terapia de medicamentos para el trasplante si Medicare pagó su trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0 (proporcione a su médico o farmacia tanto su tarjeta de identificación de Blue Shield TotalDual Plan como su tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal).

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que recibe medicamentos inmunodepresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos por estos medicamentos si usted se encuentra confinada en su casa con una fractura de hueso, que el médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posterior a la menopausia, y no puede inyectarse el medicamento usted misma. • algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). • A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el cáncer, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hace • medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, a o dentro de las 48 horas de la quimioterapia o se usan como un reemplazo terapéutico completo para un medicamento intravenoso contra las náuseas • ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en estado terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la Parte B para ESRD lo cubre • medicamentos calcimiméticos según el sistema de pago de la ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) • ciertos medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea medicamento necesario) y los anestésicos tópicos • agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras condiciones (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • nutrición parenteral y enteral (alimentación por vía intravenosa y por sonda) También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestra Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. El Capítulo 5 de su <i>Guía para los Miembros</i> explica nuestro beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y las reglas que debe seguir para tener las recetas cubiertas. El Capítulo 6 de su <i>Guía para los Miembros</i> explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
Atención en un centro de reposo Un centro de reposo (NF) es un lugar que brinda atención a las personas a quienes no pueden recibir atención en casa pero no necesitan estar en un hospital. Los servicios por los que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • sala semiprivada (o sala privada si es médicamente necesaria) <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Atención en un centro de reposo (<i>continuación</i>) • comidas, incluso las dietas especiales • servicios de enfermería • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria • medicamentos que se le hayan administrado como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como por ejemplo factores de coagulación de la sangre). • sangre, incluyendo el almacenamiento y la administración • suministros médicos y quirúrgicos que generalmente se brindan en instituciones de reposo. • exámenes de laboratorio que generalmente se realizan en instituciones de reposo • radiografías y otros servicios de radiología que generalmente se brindan en instituciones de reposo • uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente se brindan en centros de reposo • servicios médicos/profesionales • equipo médico duradero • servicios dentales, incluidas dentaduras postizas • beneficios para la vista • exámenes de la audición • atención quiropráctica • servicios de podiatría Por lo general, recibe atención en instituciones de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en una institución que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención en un centro de reposo (continuación) - una institución de reposo o una comunidad de atención continua para jubilados en donde usted estaba viviendo inmediatamente antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione la atención de una institución de reposo). - un centro de reposo donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted sale del hospital.	
	Evaluación de obesidad y terapia para mantener el peso bajo Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos por asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Debe recibir el asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa manera, podrá gestionarlo con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.	\$0
	Servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP) Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD): - actividades de admisión - evaluaciones periódicas - medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos y, si corresponde, administrar y suministrarle estos medicamentos - asesoramiento por trastorno por consumo de sustancias - terapia individual y grupal - pruebas de drogas o sustancias químicas en su cuerpo (exámenes de toxicología)	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Pagamos por los siguientes servicios y por otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí: • radiografías • radiación (radio e isótopos), incluidos suministros y materiales técnicos • suministros quirúrgicos, como vendas • tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • exámenes de laboratorio • sangre, incluyendo el almacenamiento y la administración • otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios <i>Es posible que se requiera una autorización previa y una referencia, las cuales son responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
Servicios hospitalarios ambulatorios Pagamos por los servicios médicamente necesarios que usted obtenga en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital y cuyo fin sea el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, como: • Los servicios de un departamento de emergencias o una clínica de pacientes ambulatorios, tales como cirugías ambulatorias o servicios de observación. ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como “paciente hospitalizado”. ○ A veces puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un “paciente ambulatorio”. ○ Puede obtener más información sobre ser paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Las pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios hospitalarios ambulatorios (<i>continuación</i>) • La atención de la salud mental, la cual incluye la atención en un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que un tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ella • Las radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Los suministros médicos tales como tablillas y yesos • Las pruebas de detección y servicios preventivos enumerados en la Tabla de Beneficios • Algunos medicamentos que usted no puede administrarse a sí mismo <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios Pagamos por los servicios de salud mental prestados por: • un psiquiatra o médico con licencia estatal • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • un enfermero clínico especializado • un asesor profesional con licencia (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • un enfermero profesional (NP) • un asistente médico (PA) • cualquier otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables Pagamos por los siguientes servicios y quizás por otros servicios que no se enumeran aquí: • servicios clínicos • tratamiento de día • servicios de rehabilitación psicosocial <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios (continuación) • hospitalización parcial o programas intensivos ambulatorios • evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal • exámenes psicológicos cuando estén clínicamente indicados para evaluar un resultado de salud mental • servicios ambulatorios con fines de monitoreo de la terapia con medicamentos • laboratorio ambulatorio, medicamentos, suministros y suplementos • consulta psiquiátrica <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Pagamos por terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, establecimientos de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) y otras instituciones. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Pagamos por los siguientes servicios y quizás por otros servicios que no se enumeran aquí: • evaluación y asesoramiento por abuso de alcohol • tratamiento por abuso de drogas • asesoramiento grupal o individual por parte de un médico clínico calificado • desintoxicación subaguda en un programa residencial para el tratamiento de adicciones <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0 por cada visita de terapia individual o grupal



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias (continuación) - servicios por consumo de alcohol y/o drogas en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo - tratamiento con naltrexona de liberación prolongada (vivitrol) <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
Cirugía ambulatoria Pagamos la cirugía ambulatoria y los servicios en establecimientos hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio o centro hospitalario para pacientes ambulatorios.
Artículos de venta sin receta (OTC)* Tiene derecho a una asignación mensual de \$70 para medicamentos y suministros OTC que se detallan en el catálogo de artículos OTC. Este beneficio cubre artículos como aspirina, vitaminas, preparaciones para el resfrío y la tos, y vendajes. Los artículos tales como cosméticos y suplementos alimenticios no están cubiertos por medio de este beneficio. El catálogo de artículos OTC y las instrucciones para hacer pedidos están disponibles en línea en blueshieldca.com/medicareOTC. Puede pedir artículos por teléfono al (888) 628-2770 [TTY: 711], de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 8:00 p.m. hora estándar del este (EST), o en línea en blueshieldca.com/medicareOTC. Los pedidos se le enviarán sin cargo adicional. La entrega se hace en aproximadamente 7 días hábiles. Este beneficio entra en vigor el primer día de cada mes. Puede hacer un pedido por mes y no puede traspasar su asignación no utilizada al mes siguiente. Se aplican algunas limitaciones. Consulte el catálogo de artículos OTC para obtener más información. *Los servicios no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Cuidados paliativos Nuestro plan cubre los cuidados paliativos. Los cuidados paliativos son para personas con enfermedades graves. Proporcionan atención centrada en el paciente y la familia que mejora la calidad de vida al anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento. Los cuidados paliativos no son cuidados para enfermos terminales, por lo tanto, no tiene que tener una esperanza de vida de seis meses o menos para cumplir con los requisitos para cuidados paliativos. Los cuidados paliativos se proporcionan al mismo tiempo que los cuidados curativos/normales. Los cuidados paliativos incluyen lo siguiente: • planificación anticipada de la atención • evaluación y consulta de cuidados paliativos • un plan de atención que incluya todos los cuidados paliativos y curativos autorizados, incluidos los servicios de salud mental y sociales médicos • servicios de su equipo de atención designado • coordinación de atención médica • control del dolor y síntomas No puede recibir cuidados para enfermos terminales y cuidados paliativos al mismo tiempo si tiene más de 21 años. Si está recibiendo cuidados paliativos y cumple con la elegibilidad para recibir cuidados para enfermos terminales, puede solicitar el cambio a cuidados para enfermos terminales en cualquier momento.	\$0
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o a través de un centro comunitario de salud mental. Es más intensa que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o asesor profesional con licencia. Puede ayudarle a evitar que tenga que permanecer en el hospital. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos (<i>continuación</i>) El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento terapéutico de salud mental activo proporcionado como servicio ambulatorio de un hospital, centro comunitario de salud mental, centro de salud calificado federalmente o clínica de salud rural, que es más intenso que la atención que pueda recibir en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o asesor profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. Nota: debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario ambulatorio. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
Servicios de médico/proveedor, incluidas visitas al consultorio del médico Pagamos por los siguientes servicios: • servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios brindados en lugares tales como: • consultorio médico • centro quirúrgico ambulatorio certificado • departamento para pacientes ambulatorios de un hospital • consultas, diagnósticos y tratamientos brindados por un especialista • exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria, si su médico los ordena para determinar si usted necesita tratamiento • ciertos servicios de telesalud, incluidos servicios médicos para tratar condiciones que no son de emergencia, como síntomas de resfriado y gripe, alergias, bronquitis, infección respiratoria, problemas sinusales, erupciones, infección ocular, migrañas y más. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios de médico/proveedor, incluidas visitas al consultorio del médico (<i>continuación</i>) ○ Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita presencial o de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. ○ Consulte la sección "Servicios adicionales de telesalud" en la Tabla de Beneficios Médicos para obtener más información. ● servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en estado terminal (ESRD) para miembros de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, un centro de diálisis renal o en el hogar ● servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral ● servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concomitante ● servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: ● tiene una visita presencial dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ● tiene una visita presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ● se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias ● servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por clínicas de salud rurales y Centros de Salud Calificados Federalmente. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Servicios de médico/proveedor, incluidas visitas al consultorio del médico (<i>continuación</i>) • controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos si ○ usted no es un paciente nuevo y ○ el registro no está relacionado con una visita al consultorio durante los últimos 7 días y ○ el registro no da lugar a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas ni en la cita más próxima disponible • Evaluación del video y/o las imágenes que le envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas siguientes si: ○ usted no es un paciente nuevo y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio durante los últimos 7 días y ○ la evaluación no da lugar a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas ni en la cita más próxima disponible • Una consulta que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o registro médico electrónico si usted no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Atención dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: ○ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas ○ corregir fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales ○ extracción de dientes antes de tratamientos de radiación para cáncer neoplásico ○ servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico	



Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de podiatría Pagamos por los siguientes servicios: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo del pie en martillo o espolón de talón) • cuidado de los pies de rutina para los miembros que tienen condiciones que afectan las piernas, tales como la diabetes • cuidado de los pies de rutina (no cubiertos por Medicare)*, que cubre: ○ el corte o la eliminación de durezas y callosidades ○ el arreglo, corte, recorte o desbridamiento de uñas *Los servicios no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	\$0
	Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, pagamos por los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • un examen rectal digital • un examen de antígeno prostático específico (PSA)	\$0
	Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Los dispositivos protésicos reemplazan parcial o totalmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: • pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos • bolsas de colostomía y suministros relacionados con la atención por colostomía • nutrición enteral y parenteral, incluidos kits de suministros de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas • marcapasos • aparatos ortopédicos <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados (continuación) • calzado protésico • brazos y piernas artificiales • prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) • prótesis para reemplazar de forma total o parcial una parte externa del rostro que haya sido extirpada o se haya deteriorado a causa de una enfermedad, una lesión o un defecto congénito • crema para la incontinencia y pañales Pagamos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos. También pagamos por la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos y ortopédicos. Ofrecemos cierta cobertura después de la extirpación o cirugía de cataratas. Consulte "Cuidado de la vista" más adelante en este cuadro para obtener más detalles. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos por los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Debe tener una referencia para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 Prueba de detección y asesoramiento por infecciones de transmisión sexual (ITS) Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Dichas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas con un mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de atención primaria debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También pagamos hasta dos sesiones en persona de asesoramiento conductual de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo solo si las brinda un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	\$0
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) Pagamos por los siguientes servicios y quizás por otros servicios que no se enumeran aquí: • una habitación semiprivada o una habitación privada si es médicamente necesaria • comidas, incluso las dietas especiales • servicios de enfermería • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos que se le hayan administrado como parte de su plan de atención (esto incluye las sustancias presentes en el cuerpo naturalmente, como factores de la coagulación de la sangre). • sangre, incluyendo el almacenamiento y la administración • suministros médicos y quirúrgicos que se brindan en instituciones de reposo • exámenes de laboratorio que se realizan en instituciones de reposo <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • radiografías y otros servicios de radiología que se brindan en instituciones de reposo • aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente se brindan en instituciones de reposo • servicios médicos/de proveedores Por lo general, recibe atención en instituciones de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en una institución que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de reposo o una comunidad de atención continua para jubilados en donde usted vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione la atención de un centro de reposo). • un centro de reposo donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted sale del hospital <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
 Tabaquismo y abandono del hábito de fumar Si consume tabaco, no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco, y desea o necesita dejar de fumar: • Pagamos por dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento de dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas de asesoramiento en persona. Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: • Pagamos el asesoramiento para dos intentos de dejar de fumar dentro de un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Terapia de ejercicio supervisada (SET) Pagamos SET para los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática que tengan una referencia por PAD del médico responsable del tratamiento correspondiente. Nuestro plan paga por: • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario El programa SET debe: • constar de sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la PAD en miembros con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • tener lugar en un entorno ambulatorio hospitalario o en el consultorio de un médico • ser dictado por personal calificado que se asegure de que el beneficio supere el daño y esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD • estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/enfermero clínico especializado capacitado en técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
Transporte: transporte médico que no es de emergencia Este beneficio permite ofrecer el transporte más rentable y accesible. Esto puede incluir: servicios de transporte médico de ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para silla de ruedas y coordinación con paratransito. Los medios de transporte se autorizan cuando: • su condición médica y/o física no le permite viajar en autobús, auto de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público o privado, y <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0, hasta un límite combinado de 48 viajes de ida al año para transporte médico que no es de emergencia o transporte no médico y transporte no médico VBID.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Transporte: transporte médico que no es de emergencia (continuación) • dependiendo del servicio, es posible que se requiera una autorización previa Nota: la coordinación del transporte está a cargo de Call The Car. Los miembros deben comunicarse con Call The Car al (855) 200-7544 [TTY: 711], las 24 horas del día, los siete días de la semana. La aplicación móvil CTC Go se puede usar para programar, editar, rastrear y cancelar reservas de acera a acera, puerta a puerta y de transporte con silla de ruedas. La aplicación móvil CTC Go no puede usarse para el transporte en camilla y usted debe llamar para hacer dichas reservas. Es necesario coordinar el transporte con un mínimo de 24 horas de anticipación.	Medi-Cal cubre viajes ilimitados a lugares aprobados después de que se hayan utilizado sus 48 viajes de ida.
Transporte: transporte no médico* Este beneficio permite el transporte en auto, taxi u otras formas de transporte público/privado hacia los servicios médicos. Se requiere transporte con el fin de obtener la atención médica necesaria, incluido el viaje a citas dentales, visitas al consultorio médico y para recoger medicamentos recetados en una farmacia de la red. Tiene un límite combinado de 48 viajes de ida al año para transporte no médico y transporte no médico VBID. Nota: la coordinación del transporte está a cargo de Call The Car. Los miembros deben comunicarse con Call The Car al (855) 200-7544 [TTY: 711], las 24 horas del día, los siete días de la semana. Es necesario coordinar el transporte con un mínimo de 24 horas de anticipación. 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 <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0, hasta un límite combinado de 48 viajes de ida al año para transporte no médico y transporte no médico VBID. Medi-Cal cubre viajes ilimitados a lugares aprobados después de que se hayan utilizado sus 48 viajes en total (ida y vuelta cuenta por dos).



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Transporte: transporte no médico* (<i>continuación</i>) revisar reservas futuras o pasadas, calificar su viaje, rastrear a su conductor, cancelar una reserva existente y programar una nueva reserva. CTC-Go está disponible en iOS y Android. Busque “CTC-Go” en su tienda de aplicaciones y descargue la aplicación. *Los servicios no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo del plan. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
Atención médica de urgencia La atención médica de urgencia es la atención brindada para tratar: • una situación que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, o • una enfermedad imprevista, o • una lesión, o • una condición que necesita atención inmediatamente. Si necesita atención médica de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor de la red porque, dado su tiempo, lugar o circunstancias, no es posible o razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios por una condición que no ha sido atendida, pero que no es una emergencia médica). Cobertura en todo el mundo*. Usted no tiene un límite anual combinado para servicios de atención de emergencia o atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0 Coseguro del 20% para cobertura de urgencia en todo el mundo (el coseguro no se aplica si es admitido en el hospital dentro del plazo de un



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Atención médica de urgencia (<i>continuación</i>) territorios no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo del plan. *Los servicios no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	día por la misma condición).
Modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID)* Si está inscrito en BlueShield TotalDual Plan y cumple con los requisitos para un subsidio por bajos ingresos (LIS), es elegible para recibir beneficios del programa de diseño de seguro basado en el valor (VBID). Los beneficios cubiertos del programa incluyen: • Comestibles saludables ○ Asignación mensual para la compra de alimentos y productos agrícolas saludables y nutritivos. Los artículos aprobados pueden comprarse en tiendas minoristas locales aprobadas para ayudar a los miembros a consumir una dieta saludable que cubra sus necesidades nutricionales. ○ Su asignación es de \$50 por mes para artículos cubiertos. ○ Esta asignación no se puede traspasar de un mes al siguiente. No se pueden combinar las asignaciones para los servicios de audífonos y para comestibles saludables. Cada beneficio tiene una asignación por separado. Healthy Benefits+ es una tarjeta de gastos con sus asignaciones de beneficios precargadas para ayudarle a pagar los artículos y servicios cubiertos. Recibirá una carta del administrador de beneficios con su tarjeta de beneficios personalizada. Esta carta le informará que su tarjeta se cargó con el importe de la asignación. También brindará información sobre cómo acceder a más detalles sobre el beneficio por teléfono, página web o aplicación móvil. Si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, puede llamar al administrador de beneficios al (855) 572-6341 [TTY: 771], de 8 a.m. a 8 p.m. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0, hasta una asignación de \$50 por mes para artículos cubiertos.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID)* (continuación) hora local, de domingos a sábados del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede ingresar en línea a HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA para conocer más detalles. • Transporte: más servicios de transporte no médico Este beneficio permite el transporte en auto, taxi u otras formas de transporte público/privado hacia los servicios médicos. El transporte puede usarse para acceder a beneficios no cubiertos por Medicare ofrecidos por el plan, como: ○ Gimnasios de la red SilverSneakers ○ Tiendas de comestibles saludables aprobadas ○ Audífonos del proveedor de audífonos que usted prefiera ○ Servicios quiroprácticos en la red aprobada del plan de salud ○ Servicios oftalmológicos y dentales en la red aprobada del plan de salud Tiene un límite combinado de 48 viajes de ida al año para transporte no médico y transporte no médico VBID. Nota: la coordinación del transporte está a cargo de Call The Car. Los miembros deben comunicarse con Call The Car al (855) 200-7544 [TTY: 711], las 24 horas del día, los siete días de la semana. Es necesario coordinar el transporte con un mínimo de 24 horas de anticipación. 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 reservas futuras o pasadas, calificar su viaje, rastrear a su conductor, cancelar una reserva existente y programar una nueva reserva. CTC-Go está disponible en iOS y Android. Busque en <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0, hasta un límite combinado de 48 viajes de ida al año para transporte no médico y transporte no médico VBID.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID)* (continuación) su tienda de aplicaciones “CTC-Go” y descargue la aplicación. *Los servicios no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	
Cuidado de la vista (cubierto por Medicare) Pagamos los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes oculares anuales para detectar retinopatía diabética en personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos de 50 años o más • hispanoamericanos de 65 años o más Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserte una lente intraocular. Si tiene dos cirugías de cataratas separadas, 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 recibió un par de anteojos después de la primera cirugía. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0 por cada examen de la vista cubierto por Medicare. Copago de \$0 Copago de \$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Atención de la vista, no cubierta por Medicare (recibida a través de un proveedor de la red)* Los servicios cubiertos incluyen: - Examen de la vista de rutina, incluida refracción y receta de lentes para anteojos. Si el proveedor recomienda más procedimientos, usted es responsable de pagar los costos adicionales. Los exámenes para lentes de contacto requieren cargos adicionales. Usted es responsable de pagar el costo adicional. - Marcos y lentes para anteojos (incluidos lentes simples, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria y lenticulares) o lentes de contacto. NO se requiere autorización previa (aprobación anticipada). Use el <i>Directorio de proveedores de servicios de la vista</i> o visite blueshieldca.com/find-a-doctor para localizar un proveedor que participe en la red de Vision Service Plan (VSP) (administrador del plan de servicios de la vista de Blue Shield). *Los servicios no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	Usted paga \$0 por un examen cada 12 meses cuando utiliza un proveedor de la red. Paga \$0 por marcos de anteojos (con un precio de hasta \$200 de valor minorista regular) cada 12 meses al usar un proveedor de la red. Si elige marcos de anteojos con un precio superior a \$200, deberá abonar la diferencia. Paga \$0 por un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del tamaño o la graduación) <u>O</u> por lentes de contacto (con un precio de hasta \$200 por servicio y materiales de lentes de contacto) cada 12 meses al usar un proveedor de la red. Si el precio del servicio y los materiales supera los \$200, deberá abonar la diferencia.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Atención de la vista, no cubierta por Medicare (recibida a través de un proveedor fuera de la red)* - Examen de la vista de rutina, refracción y receta de lentes para anteojos. - Marcos y lentes para anteojos (incluidos lentes simples, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria y lenticulares) o lentes de contacto. Si lo desea, puede consultar a un optometrista u óptico que no sea un proveedor de la red de Blue Shield TotalDual Plan. Sin embargo, es posible que no obtenga los mismos servicios tanto de un proveedor de la red como de un proveedor fuera de la red. Si elige un proveedor fuera de la red, usted será elegible para un reembolso parcial por los servicios prestados, a menos que ya haya alcanzado su límite de beneficios para el servicio de la vista que está buscando. Llame a Servicio al Cliente para solicitar un formulario de reembolso y obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso. NO se requiere autorización previa. * Los servicios no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	Se le reembolsan hasta \$30 por un examen cada 12 meses. Se le reembolsan hasta \$35 por un marco de anteojos cada 12 meses. Se le reembolsan hasta \$35 <u>ya sea</u> por un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del tamaño o la graduación) O por lentes de contacto cada 12 meses.
 Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" que se hace solamente una vez. La consulta incluye: - una revisión de su salud, - educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas pruebas de detección y vacunas), y - referencias para otros cuidados si los necesita. Nota: cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" solo durante los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, dígame al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".	\$0



E. Cuadro de procedimientos de beneficios dentales cubiertos

Cuadro de procedimientos de beneficios dentales

Los beneficios dentales están incluidos para todos los miembros de este plan y cubren algunos procedimientos dentales integrales.

El siguiente **Cuadro de procedimientos de beneficios dentales** muestra los procedimientos dentales específicos cubiertos por el Plan sin costo alguno para usted. Los servicios enumerados son beneficios cubiertos cuando los brinda un dentista dentro de la red con licencia y cuando es necesario y habitual según lo determinen los estándares de la práctica dental generalmente aceptada.

Importante: Tenga en cuenta que los **procedimientos que no figuran en la lista no están cubiertos**.

Importante: Algunos servicios dentales no están cubiertos bajo ninguna condición (también conocidos como Exclusiones) y algunos servicios dentales solo están cubiertos bajo condiciones específicas (también conocidos como Limitaciones). Consulte la columna “Limitaciones generales” en el **Cuadro de procedimientos de beneficios dentales** a continuación y las “Exclusiones generales” enumeradas después del **Cuadro de procedimientos de beneficios dentales** para obtener más información.

Importante: Todos los límites de frecuencia enumerados en la columna “Limitaciones generales” del **Cuadro de procedimientos de beneficios dentales** a continuación que no especifican por el año del plan o de por vida se basan en la última fecha de servicio. Por ejemplo, un límite de 1 cada 6 meses significa que puede recibir el servicio indicado una vez cada seis meses a partir de la fecha en que recibió el mismo servicio por última vez. Por lo tanto, si recibe su primer servicio el 1 de enero, será elegible para ese mismo servicio nuevamente el 1 de julio. Si recibe su primer servicio el 1 de julio, no será elegible para ese servicio hasta el 1 de enero del próximo año del plan. Los servicios sin un límite de frecuencia detallada son ilimitados cuando son necesarios y habituales según lo determinado por los estándares de la práctica dental generalmente aceptada.

Los servicios se enumeran con el código de procedimiento de la American Dental Association (ADA) según la terminología dental actual. La ley federal exige el uso del código ADA para informar procedimientos dentales. La ADA puede revisar ocasionalmente los códigos de procedimiento. Por lo tanto, el Plan puede revisar esta lista de códigos según lo exija la ley. Puede obtener una lista actualizada de los códigos ADA al comunicarse con el departamento de servicio al cliente del Administrador del Plan Dental (DPA) al **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto días festivos) del 1 de octubre al 31 de marzo y los días de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Código ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar	Limitaciones generales
Servicios de restauración			
D2720	Corona - resina con alto contenido de metal noble	\$0	2 por año calendario
D2722	Corona - resina con metal noble	\$0	2 por año calendario
D2750	Corona - porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$0	2 por año calendario
D2752	Corona - porcelana fundida con metal noble	\$0	2 por año calendario
D2790	Corona - con alto contenido de metal noble de fundición completa	\$0	2 por año calendario
D2792	Corona - metal noble de fundición completa	\$0	2 por año calendario
Prótesis dentales (extraíbles)			
D5670	Reemplazar todos los dientes yacrílico sobre estructura de metal fundido (maxilar)	\$0	1 cada 6 meses
D5671	Reemplazar todos los dientes yacrílico sobre estructura de metal fundido (mandibular)	\$0	1 cada 6 meses
D5710	Rebase de dentadura postiza maxilar completa	\$0	1 por año calendario (no cubierto dentro de los 6 meses de la colocación inicial)
D5711	Rebase de dentadura postiza mandibular completa	\$0	1 por año calendario (no cubierto dentro de los 6 meses de la colocación inicial)
D5720	Rebase de dentadura postiza parcial maxilar	\$0	1 por año calendario (no cubierto dentro de los 6 meses de la colocación inicial)
D5721	Rebase de dentadura postiza parcial mandibular	\$0	1 por año calendario (no cubierto dentro de los 6 meses de la colocación inicial)
Prótesis dentales (fijas)			
D6240	Póntico - porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$0	1 por diente cada 5 años calendario
D6242	Póntico - porcelana fundida con metal noble	\$0	1 por diente cada 5 años calendario
D6250	Póntico - resina con alto contenido de metal noble	\$0	1 por diente cada 5 años calendario
D6252	Póntico - resina con metal noble	\$0	1 por diente cada 5 años calendario
D6750	Corona de retención: porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$0	1 por diente cada 5 años calendario
D6752	Corona de retención - porcelana fundida con metal noble	\$0	1 por diente cada 5 años calendario

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Código ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar	Limitaciones generales
Servicios de restauración			
D2720	Corona - resina con alto contenido de metal noble	\$0	2 por año calendario
D2722	Corona - resina con metal noble	\$0	2 por año calendario
D2750	Corona - porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$0	2 por año calendario
D2752	Corona - porcelana fundida con metal noble	\$0	2 por año calendario
D2790	Corona - con alto contenido de metal noble de fundición completa	\$0	2 por año calendario
D2792	Corona - metal noble de fundición completa	\$0	2 por año calendario
D5671	Reemplazar todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal fundido (mandibular)	\$0	1 cada 6 meses
D5710	Rebase de dentadura postiza maxilar completa	\$0	1 por año calendario (no cubierto dentro de los 6 meses de la colocación inicial)
D5711	Rebase de dentadura postiza mandibular completa	\$0	1 por año calendario (no cubierto dentro de los 6 meses de la colocación inicial)
D5720	Rebase de dentadura postiza parcial maxilar	\$0	1 por año calendario (no cubierto dentro de los 6 meses de la colocación inicial)
D5721	Rebase de dentadura postiza parcial mandibular	\$0	1 por año calendario (no cubierto dentro de los 6 meses de la colocación inicial)
Prótesis dentales (fijas)			
D6240	Póntico - porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$0	1 por diente cada 5 años calendario
D6242	Póntico - porcelana fundida con metal noble	\$0	1 por diente cada 5 años calendario
D6250	Póntico - resina con alto contenido de metal noble	\$0	1 por diente cada 5 años calendario
D6252	Póntico - resina con metal noble	\$0	1 por diente cada 5 años calendario
D6750	Corona de retención: porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$0	1 por diente cada 5 años calendario
D6752	Corona de retención - porcelana fundida con metal noble	\$0	1 por diente cada 5 años calendario

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



NOTA: los montos mencionados de costos compartidos del miembro solo se aplican cuando usted recibe servicios dentales de un dentista dentro de la red.

NOTA: dado que Blue Shield celebra un contrato con Medicare cada año, es posible que estos beneficios dentales no estén disponibles el próximo año.

Cómo recibir atención dental

Introducción

El plan dental de Blue Shield of California es administrado por un Administrador del Plan Dental (DPA) contratado, una entidad que tiene contrato con Blue Shield of California para administrar la entrega de servicios dentales a través de una red de dentistas contratados.

Si tiene alguna pregunta sobre la información en esta sección dental, necesita ayuda o tiene algún problema, puede comunicarse con el departamento de servicio al cliente de DPA al **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto días festivos) del 1 de octubre al 31 de marzo y los días de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.

Antes de obtener servicios dentales

Usted es responsable de asegurarse de que el dentista que elija sea un dentista de la red.

Este plan dental solo dentro de la red no paga beneficios a dentistas fuera de la red. Los servicios que se obtengan de un dentista fuera de la red no se cubrirán. Cuando reciba servicios de un dentista fuera de la red, usted será responsable de pagarle directamente al dentista el monto total que este le haya facturado.

NOTA: el estado de un dentista de la red puede cambiar. Es su obligación verificar si su dentista actualmente pertenece a la red en caso de que haya habido algún cambio en la lista de dentistas contratados. Puede obtener una lista de los dentistas de la red ubicados en su área al comunicarse con el departamento de servicio al cliente del DPA al **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto días festivos) del 1 de octubre al 31 de marzo y los días de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.

Visitas a su dentista

Poco después de la inscripción, recibirá un paquete de membresía del DPA que le indicará la fecha de entrada en vigor de sus beneficios y la dirección y el número de teléfono de su dentista dentro de la red o su dentista de atención primaria (PCD). Después de la fecha de entrada en vigor que figura en su paquete de membresía, usted podrá obtener servicios de atención dental cubiertos. Para programar una cita, simplemente llame al consultorio de su PCD e identifíquese como miembro de Blue Shield TotalDual Plan. Las citas iniciales deben programarse dentro de un plazo de cuatro semanas, a menos que se haya solicitado un período específico. Las consultas sobre la disponibilidad de citas y la accesibilidad de los dentistas deben dirigirse al departamento de servicio al cliente del DPA al

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



(866) 247-2486 [TTY: 711], de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto días festivos) del 1 de octubre al 31 de marzo y los días de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.

NOTA: cada miembro debe acudir a su PCD asignado para obtener servicios cubiertos, excepto los servicios prestados por un especialista previamente autorizado por escrito por el DPA. Ningún otro tratamiento está cubierto por Blue Shield TotalDual Plan.

Debe comunicarse con su PCD para todas las necesidades de atención dental, incluida la consulta con especialistas del plan. El PCD es responsable de brindar servicios de atención dental general y de coordinar u organizar la referencia a los otros especialistas del plan que sean necesarios. El Plan debe autorizar dichas referencias.

Copagos de miembros

Antes de comenzar su tratamiento, su dentista diseñará un plan de tratamiento para cubrir sus necesidades individuales. Es mejor charlar sobre su plan de tratamiento y sus responsabilidades financieras con su dentista antes de comenzar el tratamiento.

Los servicios dentales cubiertos se brindan sin costo para usted a través de un dentista de la red. Si elige acudir a un dentista fuera de la red, no se brindarán beneficios y usted será responsable de pagarle directamente al dentista el monto total que este le haya facturado.

Si necesita ayuda adicional para obtener información sobre su plan de tratamiento, puede comunicarse con el departamento de servicio al cliente del DPA al **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto días festivos) del 1 de octubre al 31 de marzo y los días de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.

Elección del dentista de atención primaria

Al momento de la inscripción, debe seleccionar un dentista de la red para que sea su PCD. Si no selecciona un dentista de la red o el dentista de la red seleccionado no está disponible, el DPA le solicitará que seleccione otro dentista de la red o le asignará otro dentista de la red. Puede cambiar su dentista de la red asignado al comunicarse con el departamento de servicio al cliente del DPA al **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto días festivos) del 1 de octubre al 31 de marzo y los días de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. Para garantizar que se notifique a su dentista de la red y que las listas de elegibilidad del DPA sean correctas, los cambios a los dentistas de la red deben solicitarse antes del día 21 del mes para que los cambios entren en vigor el primer día del mes siguiente.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Si su dentista ya no tiene contrato con el DPA de Blue Shield TotalDual Plan

Si su dentista seleccionado dentro de la red no puede continuar con el contrato con el DPA porque no puede cumplir o ha incumplido el contrato, o si el DPA ha finalizado el contrato, el DPA le notificará al menos 30 días consecutivos antes de la fecha de finalización efectiva del dentista para que pueda seleccionar a otro dentista de la red.

Si el DPA le notifica la necesidad de seleccionar a otro dentista de la red por este motivo, no se aplicarán cargos por la duplicación y transferencia de radiografías u otros registros. Además, el dentista de la red cuyo contrato finaliza completará (a) una dentadura postiza parcial o completa para la cual se han tomado las impresiones finales y (b) todo el trabajo en cada diente en el que se haya iniciado el trabajo (como la entrega de coronas cuando se hayan preparado los dientes).

Atención dental de emergencia

Este plan no paga beneficios por servicios de atención dental de emergencia.

Obtención de una segunda opinión sobre atención dental

Puede solicitar una segunda opinión si cuestiona o no está de acuerdo con el diagnóstico y/o la determinación del plan de tratamiento tomada por su dentista de la red. El DPA también puede solicitar que obtenga una segunda opinión para verificar la necesidad y adecuación del tratamiento dental o la aplicación de beneficios.

Las segundas opiniones serán brindadas por un dentista con licencia de manera oportuna y apropiada según la naturaleza de su condición. Las solicitudes que involucren casos de amenaza inminente y grave para la salud serán aceleradas (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 sobre los procedimientos y plazos para las autorizaciones de segundas opiniones, llame al departamento de servicio al cliente del DPA al **866-247-2486 [TTY: 711]**, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto los días festivos) del 1 de octubre al 31 de marzo y los días de semana del 1 de abril al 30 de septiembre o escriba al DPA.

Las segundas opiniones se brindarán en el consultorio de otro dentista de la red, a menos que el DPA autorice lo contrario. El DPA autorizará una segunda opinión por parte de un proveedor fuera de la red si no hay disponible un dentista dentro de la red debidamente calificado. El DPA solo pagará una segunda opinión que el DPA haya aprobado o autorizado. Se le enviará una notificación por escrito en caso de que el DPA decida no autorizar una segunda opinión. Si no está de acuerdo con esta determinación, puede presentar una apelación ante Blue Shield TotalDual Plan. Consulte la sección *Quejas y apelaciones* a continuación para obtener información adicional.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Coordinación de beneficios

Este Plan proporciona beneficios sin tener en cuenta la cobertura de ninguna otra póliza de seguro grupal ni ningún otro programa grupal de beneficios de salud si la otra póliza o el otro programa cubren servicios o gastos, además de la atención dental. De lo contrario, los beneficios proporcionados por especialistas o dentistas fuera de la red en virtud de este Plan se coordinarán con dichas pólizas de seguro dental grupal o cualquier programa de beneficios dentales grupales. La determinación de cuál es la póliza o el programa principal se regirá por las reglas establecidas en el contrato.

Si este Plan es secundario, pagará el menor de:

- El monto que habría pagado en ausencia de cualquier otra cobertura de beneficios dentales; o
- El costo total de bolsillo que el miembro debe pagar de acuerdo al plan de beneficios dentales primario siempre y cuando los beneficios estén cubiertos por el Plan.

Un miembro debe proporcionarle al DPA, y el DPA podrá divulgar u obtener de cualquier compañía de seguros u otra organización, cualquier información sobre el miembro que resulte necesaria para administrar la coordinación de beneficios. El DPA, a su entera discreción, determinará si cualquier reembolso a una compañía de seguros u otra organización está garantizado por las disposiciones de coordinación de beneficios descritas en este documento, y cualquiera de tales reembolsos pagados se considerará un beneficio en virtud de este contrato. El DPA tendrá derecho a recuperar de un dentista, miembro, compañía de seguros u otra organización, según la elección del DPA, el monto de cualquier beneficio pagado por el DPA que exceda sus obligaciones de conformidad con las disposiciones de coordinación de beneficios descritas en este documento.

Proceso de quejas y apelaciones

Nuestro compromiso con usted es garantizar no solo la calidad de la atención médica, sino también la calidad en el proceso de tratamiento. Esta calidad de tratamiento abarca desde los servicios profesionales prestados por dentistas dentro de la red hasta la cortesía brindada por nuestros representantes telefónicos. Si tiene alguna pregunta o queja sobre la elegibilidad, la denegación de servicios o reclamos dentales, las pólizas, los procedimientos u operaciones del DPA, o la calidad de los servicios dentales prestados por un dentista dentro de la red, tiene derecho a presentar una queja o apelación ante Blue Shield TotalDual Plan. Consulte el **Capítulo 9 [Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)]** para obtener más información sobre cómo presentar una queja o apelación. Si tiene preguntas, llame al DPA al **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto los días festivos) del 1 de octubre al 31 de marzo y los días de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede comunicarse con Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este documento).

Exclusiones generales para el plan dental HMO

1. Cualquier procedimiento que no figure específicamente en el *Cuadro de procedimientos de beneficios dentales*.
2. Cualquier procedimiento que según la opinión profesional del dentista de la red:

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- a. tenga un mal pronóstico para el logro de un resultado exitoso y una longevidad razonable basada en la condición del diente o los dientes y/o las estructuras circundantes, o
 - b. no se ajuste a los estándares generalmente aceptados para la odontología.
3. Servicios con fines únicamente cosméticos o por condiciones que son consecuencia de defectos hereditarios o del desarrollo, como el paladar leporino y las malformaciones en las mandíbulas superior e inferior, la ausencia congénita de dientes y los dientes decolorados o sin esmalte.
4. Aparatos perdidos o robados, como dentaduras postizas completas o parciales y coronas.
5. Procedimientos, dispositivos o restauración si el propósito es cambiar la dimensión vertical o diagnosticar o tratar condiciones anormales de la articulación temporomandibular (ATM).
6. Metales preciosos para aparatos extraíbles, bases blandas metálicas o permanentes para dentaduras postizas completas, dientes postizos de porcelana, pilares de precisión para dentaduras postizas parciales extraíbles o fijas (recubrimientos, implantes y aparatos asociados a ellas) y personalización y caracterización de dentaduras postizas completas y parciales.
7. Aparatos y accesorios dentales compatibles para implantes, colocación, mantenimiento, extracción de implantes y todos los demás servicios asociados con un implante dental.
8. Consultas por beneficios no cubiertos.
9. Servicios dentales recibidos de cualquier consultorio dental que no sea el dentista asignado de la red o un especialista dental previamente autorizado.
10. Todos los cargos relacionados por la admisión, el uso o la estadía en un hospital, centro de cirugía ambulatoria, establecimiento de atención extendida u otra institución de atención similar.
11. Medicamentos recetados.
12. Gastos dentales incurridos en relación con cualquier procedimiento dental iniciado antes de la elegibilidad del miembro para Blue Shield TotalDual Plan. Algunos ejemplos incluyen: dientes preparados para coronas y dentaduras postizas completas o parciales para los cuales se ha tomado una impresión.
13. Aparatos y/o terapias miofuncionales y parafuncionales.

F. Recursos de apoyo comunitarios

Puede obtener recursos de apoyo bajo su plan de atención médica personalizado. Los recursos de apoyo comunitarios son servicios o entornos alternativos médicamente apropiados y asequibles para los miembros cubiertos por el Plan estatal de Medi-Cal.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Estos servicios son opcionales para los miembros. Si califica, estos servicios pueden ayudarle a vivir de manera más independiente. No reemplazan los beneficios que ya recibe en el marco de Medi-Cal.

Ejemplos de recursos de apoyos comunitarios que ofrecemos incluyen alimentos y comidas de apoyo médico o comidas adaptadas médicamente, ayuda para usted o su cuidador, o rampas y barras de agarre para la ducha. Los servicios de apoyo comunitarios son servicios opcionales (no beneficios) que Blue Shield Promise Health Plan ofrece a los miembros elegibles de Medi-Cal. Estos servicios brindan apoyo a los miembros más allá de los Servicios y Recursos de Apoyo a Largo Plazo (LTSS) para mejorar y respaldar la atención de los miembros. Los servicios variarán según las necesidades del miembro y los criterios de elegibilidad de Blue Shield Promise Health Plan. Se requiere autorización previa. Blue Shield Promise Health Plan ofrece recursos de apoyo comunitarios a los miembros calificados en los condados de Los Ángeles y San Diego:

Remediación del asma	Cambios físicos en el entorno del hogar de una persona que garantizan la salud, el bienestar y la seguridad, o permiten el funcionamiento en el hogar si los episodios agudos de asma pueden dar lugar a la hospitalización o la búsqueda de servicios de emergencia.
Servicios de transición de la comunidad/transición de un centro de reposo a un hogar	Esto ayuda a los miembros a vivir en la comunidad y evitar una mayor institucionalización.
Programas de habilitación de día	Esto ayuda a los miembros de Medi-Cal fuera del entorno clínico a desarrollar las habilidades de autoayuda, socialización y adaptación necesarias para tener éxito en sus entornos domésticos.
Adaptaciones de accesibilidad ambiental (Modificaciones de viviendas)	Adaptaciones físicas en un hogar para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del individuo y permitir que los miembros que de otro modo requerirían la institucionalización permanezcan en sus hogares.
Depósitos de vivienda	Los miembros reciben ayuda para encontrar, coordinar, asegurar o financiar servicios únicos necesarios para establecer un hogar básico.
Servicios de navegación de transición de vivienda	Los miembros reciben ayuda para conseguir una vivienda.
Tenencia de vivienda y servicios de sostenimiento	Los miembros obtienen ayuda para mantener una tenencia segura y estable después de encontrar una vivienda.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Comidas médicamente adaptadas/Alimentos de apoyo médico	Apoyo nutricional para los miembros, especialmente aquellos con enfermedades crónicas, cuando es fundamental cumplir con los objetivos nutricionales para recuperar la salud y mantenerse saludable.
Transición del centro de reposo/desvío a centros de vida asistida	Esto ayuda a los miembros a vivir en la comunidad o evitar la institucionalización cuando sea posible.
Servicios de cuidado personal y amas de casa	Los miembros reciben ayuda con actividades de la vida diaria (ADL), como bañarse, vestirse, ir al baño, deambular o alimentarse, y servicios de atención personal, como preparación de comidas, compras de comestibles y administración del dinero para miembros que de otro modo no podrían permanecer en sus hogares sin estos apoyos.
Atención de recuperación (relevo médico)	Atención residencial a corto plazo para quienes ya no requieren hospitalización, pero aún necesitan recuperarse de una lesión o enfermedad, incluida una condición de salud mental que podría empeorar en un entorno de vida inestable.
Servicios de relevo para cuidadores de miembros de Medi-Cal	Alivio no médico a corto plazo de las tareas de cuidado para aquellos que cuidan a los miembros de Medi-Cal que requieren supervisión temporal intermitente.
Vivienda a corto plazo después de una hospitalización	Un lugar para miembros con necesidades médicas o conductuales altas que no tienen una residencia para continuar recuperándose inmediatamente después de salir de un hospital para pacientes internados o un centro residencial.
Centros de desintoxicación	Lugares seguros y de apoyo para que las personas se mantengan sobrias después de haber sido encontradas intoxicadas públicamente debido al alcohol o las drogas, y ayuda para las personas sin vivienda o en situaciones de vida inestables que de otro modo serían enviadas al departamento de emergencias o a la cárcel.

Si necesita ayuda o desea saber qué apoyos comunitarios pueden estar disponibles para usted, llame al (800) 452-4413 (TTY:711) o llame a su proveedor de atención médica.

Información para miembros

- Llame a Servicio al Cliente de Blue Shield Promise en su región de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.: Los Ángeles: (800) 605-2556/San Diego: (855) 699-5557
- Llame a Health Care Options (HCO) al (800) 430-4263 (TTY (800) 430-7077)

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Acceda a más información en la página web del Departamento de Servicios de Atención Médica: <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILOS.aspx>

G. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través del pago por servicio de Medicare Original o Medi-Cal.

G1. Transiciones Comunitarias de California (CCT)

El programa Transiciones Comunitarias de California (CCT) utiliza organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que han vivido en una institución para pacientes hospitalizados durante al menos 90 días consecutivos a hacer la transición de regreso a un entorno comunitario y permanecer en él de forma segura. El programa CCT financia servicios de coordinación de la transición durante el período previo a la transición y durante los 365 días posteriores a la transición para ayudar a los beneficiarios a regresar a un entorno comunitario.

Puede obtener servicios de coordinación de transición a través de cualquier organización líder de CCT que preste servicios en el condado en el que vive. Puede encontrar una lista de organizaciones líderes de CCT y los condados a los que prestan 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 no relacionados con su transición de CCT

El proveedor nos factura por sus servicios. Nuestro plan paga por los servicios prestados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras usted recibe los servicios de coordinación de transición de CCT, nosotros pagamos los servicios enumerados en la **Sección D** de la Tabla de Beneficios.

Sin cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos

El programa CCT **no** cubre medicamentos. Usted continúa 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, llame a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención de transición que no es de CCT es aquella que **no** está relacionada con su transición desde un establecimiento o institución.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



G2. Medi-Cal Dental

Ciertos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental. Más información en la página web SmileCalifornia.org. Medi-Cal Dental incluye, entre otros, servicios como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor
- restauraciones y coronas
- tratamiento del conducto radicular
- dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y revestimientos

Para obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles en Medi-Cal Dental o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, comuníquese 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 de Medi-Cal Dental atienden de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede visitar la página web smilecalifornia.org/ para obtener más información.

En el condado de Los Ángeles, puede obtener beneficios dentales de Medi-Cal a través de un plan de atención dental administrada (DMC). Si desea obtener más información sobre los planes dentales de Medi-Cal o hacer cambios, comuníquese con Opciones de Atención Médica al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Los contactos de la DMC también están disponibles aquí: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx, <http://www.hpsm.org/dental>

Nota: nuestro plan ofrece servicios dentales adicionales. Consulte la **Sección D** de la Tabla de Beneficios para obtener más información.

G3. Cuidados para enfermos terminales

Tiene derecho a elegir un centro de cuidados para enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y se espera que le queden seis meses o menos de vida. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de cuidados para enfermos terminales certificados por Medicare. Su médico de cuidados para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la **Sección D** de la Tabla de Beneficios para obtener más información sobre lo que pagamos mientras recibe servicios de cuidados para enfermos terminales.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Para servicios de cuidados para enfermos terminales y servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal

- El proveedor de cuidados para enfermos terminales le factura a Medicare por sus servicios. Medicare paga los servicios de cuidado para enfermos terminales relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Para servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal

- 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 medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados 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 tiene una enfermedad grave, puede ser elegible para recibir cuidados paliativos, que son proporcionados por un equipo que brinda atención centrada en el paciente y la familia para mejorar su calidad de vida. Puede recibir cuidados paliativos al mismo tiempo que recibe cuidados curativos/normales. Consulte la sección Cuidados paliativos mencionada anteriormente para más información.

Nota: si necesita cuidados para enfermos no terminales, llame a su coordinador de atención para coordinar los servicios. Los cuidados no paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal.

G4. Servicios de Asistencia en el Hogar (IHSS)

- El programa IHSS ayudará a pagar servicios que se le presten para que pueda quedarse en su propio hogar sin correr riesgos. IHSS se considera una alternativa a la atención fuera del hogar, como residencias de reposo o centros de pensión y cuidados.
- Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través del IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (como cuidado de los intestinos y la vejiga, baño, arreglo personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para personas con discapacidad mental.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar Servicios de Asistencia en el Hogar ante la agencia de servicios sociales de su condado. También puede comunicarse con la oficina de Servicios de Asistencia en el Hogar de Los Ángeles al (888) 944-4477 y con la oficina de Servicios de Asistencia en el Hogar de San Diego al (800) 339-4661 para presentar la solicitud.

G5. Programas de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) 1915(c)

Exención de Vida Asistida (ALW)

- La Exención de Vida Asistida (ALW) les ofrece a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal la opción de residir en un entorno de vida asistida como alternativa a la internación a largo plazo en un centro de reposo. El objetivo de la ALW es facilitar la transición de un centro de reposo a un entorno hogareño y comunitario, o evitar las admisiones en hospitales de enfermería para aquellos beneficiarios con una necesidad inminente de internación en un centro de reposo.
- Los miembros que estén inscritos en ALW pueden permanecer inscritos en ALW y, al mismo tiempo, recibir los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su Agencia de Coordinación de Atención Médica de ALW para coordinar los servicios que usted recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar la ALW. Puede encontrar agencias locales capaces de coordinar su atención para el programa ALW aquí: dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf.

Exención HCBS para californianos con discapacidades del desarrollo (HCBS-DD)

Exención del Programa de Autodeterminación de California (SDP) para Personas con Discapacidades del Desarrollo

- Hay dos exenciones 1915(c), la exención HCBS-DD y la exención SDP, que brindan servicios a personas a las que se les ha diagnosticado una discapacidad del desarrollo que comienza antes de que la persona cumpla 18 años y se espera que continúe indefinidamente. Ambas exenciones son una forma de financiar ciertos servicios que les permiten a las personas con discapacidades del desarrollo vivir en su hogar o en la comunidad en lugar de residir en una institución de salud con licencia. Los costos de estos servicios son financiados conjuntamente por el programa Medicaid del Gobierno federal y el estado de California. Su coordinador de atención puede ayudarle a conectarse con los servicios de Exención DD.



Exención de Alternativas Basadas en el Hogar y la Comunidad (HCBA)

- La exención HCBA brinda servicios de administración de la atención médica a personas en riesgo de ser internadas en una institución o residencia de reposo. Los servicios de administración de la atención médica son prestados por un equipo multidisciplinario de administración de la atención médica compuesto por un enfermero y un trabajador social. El equipo coordina los servicios de exención y del plan estatal (como servicios médicos, salud conductual, servicios de asistencia en el hogar, etc.), y organiza otros servicios y apoyos a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de exención y administración de la atención médica se brindan en la residencia comunitaria del participante. Esta residencia puede ser de propiedad privada, conseguirse mediante un acuerdo de arrendamiento o ser la residencia del familiar de un participante.
- Los miembros que están inscritos en la exención HCBA pueden permanecer inscritos en la exención HCBA y, al mismo tiempo, recibir los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención HCBA para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar la HCBA.
 - Según su código postal del condado de Los Ángeles, su agencia local de HCBA es Partners in Care o Access TLC. Para saber qué agencia corresponde al código postal de su residencia, ingrese a:
[https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx)
 - Llame a Partners in Care al (800) 251-6764
 - Llame a Access TLC al (800) 852-9887
 - San Ysidro Health es la agencia local HCBA del condado de San Diego. Llame a San Ysidro Health al (833) 503-5910, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP)

- El Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP) brinda administración integral de casos y servicios de atención directa a personas que viven con VIH como una alternativa a la hospitalización o a la atención en un centro de reposo. La administración de casos es un enfoque de equipo centrado en el participante que consta de una enfermera titulada y un administrador de casos de trabajo social. Los administradores de casos trabajan con el participante y los proveedores de atención primaria, la familia, los cuidadores y otros proveedores

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



de servicios para evaluar las necesidades de atención a fin de mantener al participante en su hogar y comunidad.

- Los objetivos del MCWP son: (1) prestar servicios basados en el hogar y la comunidad a personas con VIH que, de otro modo, podrían necesitar servicios institucionales; (2) ayudar a los participantes con el control de la salud como portadores de VIH; (3) mejorar el acceso a la asistencia de salud social y conductual, y (4) coordinar a los proveedores de servicios y eliminar la duplicación de servicios.
- Los miembros que están inscritos en la exención MCWP pueden permanecer inscritos en la exención MCWP y, al mismo tiempo, recibir los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención MCWP para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar la MCWP. El Sistema Regional de Información y Evaluación del SIDA (ARIES) está abierto de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (hora del Pacífico). Para comunicarse con el Servicio de Ayuda:
 - Llame al 1-866-411-ARIES (2743) o
 - Envíe una solicitud al Servicio de Ayuda de ARIES a aries@cdph.ca.gov e incluya su nombre, agencia, número de teléfono, pregunta/problema. NO incluya ninguna información del cliente.

Programa de Servicios Multipropósito para Personas de la Tercera Edad (MSSP)

- El Programa de Servicios Multipropósito para Personas de la Tercera Edad (MSSP) brinda servicios de administración de la atención médica y social para ayudar a las personas a permanecer en sus propios hogares y comunidades.
- Si bien la mayoría de los participantes del programa también reciben servicios de asistencia en el hogar, el MSSP brinda coordinación de atención médica continua, vincula a los participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, coordina con proveedores de atención médica y compra algunos servicios necesarios que, de otro modo, no estarían disponibles para prevenir o retrasar la institucionalización. El costo total anual combinado de la administración de la atención médica y otros servicios debe ser menor que el costo de recibir atención en un centro de enfermería especializada.
- Un equipo de profesionales de servicios sociales y de salud proporciona a cada participante del MSSP una evaluación psicosocial y de salud completa para determinar los servicios necesarios. Luego, el equipo trabaja con el participante

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



del MSSP, su médico, su familia y otras personas para desarrollar un plan de atención médica personalizado. Estos son los servicios que prestan:

- administración de la atención médica
 - atención de día para adultos
 - reparaciones/mantenimiento menores del hogar
 - servicios complementarios de tareas domésticas, cuidado personal y supervisión de protección
 - servicios de relevo
 - servicios de transporte
 - servicios terapéuticos y de asesoramiento
 - servicios de comidas
 - servicios de comunicación.
- Los miembros que están inscritos en la exención MSSP pueden permanecer inscritos en la exención MSSP y, al mismo tiempo, recibir los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor de MSSP para coordinar los servicios que recibe.
 - Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar el MSSP. Puede localizar a un proveedor de MSSP en su área llamando al California Department of Aging al 1-800-510-2020 o seleccionando su condado en la página "Find Services in My County" (Buscar servicios en mi condado) en la página web del California Department of Aging:
https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty

G6. Servicios para trastornos de la conducta del condado que se brindan fuera de nuestro plan (servicios para trastornos de la conducta y trastornos por consumo de sustancias)

Tiene acceso a los servicios para los trastornos de la conducta médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a los servicios para los trastornos de la conducta que cubre la atención médica administrada de Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan no brinda servicios de salud mental especializados de Medi-Cal ni para trastornos por consumo de sustancias del condado, pero estos servicios están a su disposición por medio de agencias de salud conductual del condado.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Tiene servicios de salud mental especializados de Medi-Cal disponibles a través del plan de salud mental (MHP) del condado si cumple con los criterios para acceder a los servicios de salud mental especializados. Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal proporcionados por el MHP de su condado incluyen:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo con los medicamentos
- tratamiento diurno intensivo
- rehabilitación diurna
- intervención ante situaciones de crisis
- estabilización de crisis
- servicios de tratamiento residencial de adultos
- servicios de tratamiento residencial ante situaciones de crisis
- servicios en una institución de salud psiquiátrica
- servicios de hospitalización psiquiátrica
- gestión de casos específicos
- servicios de salud conductual terapéuticos
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos en el hogar

Los servicios del Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal están a su disposición por medio de la agencia de salud conductual de su condado si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de medicamentos de Medi-Cal proporcionados por su condado incluyen:

- servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- tratamiento del trastorno por consumo de sustancias en el hogar perinatal
- servicios de tratamiento ambulatorio
- programa de tratamiento de narcóticos



- medicamentos para tratamiento por adicciones (también llamado Tratamiento Asistido de Medicamentos)

Los servicios del Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal incluyen:

- servicios de tratamiento ambulatorio
- servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- medicamentos para tratamiento por adicciones (también llamado Tratamiento Asistido de Medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial
- servicios de control de la abstinencia
- programa de tratamiento de narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de atención médica

Además de los servicios enumerados anteriormente, es posible que tenga acceso a servicios voluntarios de desintoxicación para pacientes hospitalizados si cumple con los criterios.

Disponibilidad de servicios para trastornos de la conducta

Tiene una amplia gama de servicios a su disposición. Usted puede autorreferirse a un proveedor con contrato y también puede obtener una referencia de su PCP, recomendación de un familiar, etc. “No hay puertas equivocadas” para acceder a los servicios. Puede ponerse en contacto con los siguientes recursos para que le ayuden a obtener servicios:

- Línea de crisis y referencias del condado (consulte el Capítulo 2, Sección K de este manual para obtener el número de teléfono y el horario de atención)
- Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles, Prevención y Control del Abuso de Sustancias (llame al 888-742-7900 [TTY: 711], las 24 horas del día, los 7 días de la semana).
- Servicio para Trastorno por Uso de Sustancias de Servicios para los Trastornos de la Conducta del Condado de San Diego (llame al 888-724-7240 [TTY: 711], las 24 horas del día, los 7 días de la semana).
- Línea de salud conductual de Blue Shield TotalDual Plan (consulte el número de teléfono y el horario de atención en el **Capítulo 2, Sección D** de esta *Guía para los Miembros*)

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan (el número de teléfono y el horario de atención están impresos al pie de esta página)

Proceso para determinar los servicios médicos necesarios

La necesidad médica la determina un proveedor con la licencia correspondiente. Tanto Blue Shield TotalDual Plan como el condado usan criterios de necesidad médica, que han sido desarrollados por expertos en salud conductual y otras partes interesadas, y son consistentes con los requisitos reglamentarios.

Proceso de referencia entre Blue Shield TotalDual Plan y el condado

Si recibe servicios de Blue Shield TotalDual Plan o del condado, puede recibir una referencia a la otra entidad de acuerdo con sus necesidades. Blue Shield TotalDual Plan o el condado pueden referirle llamando a la entidad a la que se hace la referencia. Además, el proveedor que hace la referencia completará un formulario de referencia y lo enviará a la entidad pertinente.

Proceso de resolución de problemas

Si hay un conflicto entre usted y el condado o Blue Shield TotalDual Plan, continuará recibiendo atención de salud conductual médicamente necesaria, incluidos medicamentos recetados, hasta que se resuelva el conflicto. Blue Shield TotalDual Plan ha trabajado con el condado para desarrollar procesos de resolución que sean oportunos y no afecten negativamente los servicios que necesita recibir. También puede usar el proceso de apelaciones de Blue Shield TotalDual Plan o del condado, según la entidad con la que tenga el conflicto.

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

Esta sección le informa sobre los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagamos esos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco los pagan.

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ciertas condiciones, y algunos que excluimos solamente en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que figuran en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Guía para los Miembros*), excepto bajo las condiciones específicas detalladas. Incluso si recibe los servicios en una institución de emergencias, el plan no pagará por ellos. Si usted cree que nuestro plan debería pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- servicios considerados no “razonables y médicamente necesarios”, de acuerdo con Medicare y Medi-Cal, a menos que figuren como servicios cubiertos

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- tratamientos, artículos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubra. Consulte el **Capítulo 3** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están aceptados por la comunidad médica en general.
- tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague
- una sala privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario
- enfermeros de servicio privado
- artículos personales en su habitación en un hospital o un centro de reposo, como un teléfono o un televisor
- atención de enfermería a tiempo completo en su hogar
- cargos cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar
- procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, propósitos cosméticos, antienvjecimiento y desempeño mental), excepto cuando sea médicamente necesario.
- cirugía estética u otro trabajo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no está bien formada. Sin embargo, pagamos por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por el tratamiento del otro seno para que coincida con él
- atención quiropráctica, que no sea la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las pautas de cobertura
- cuidado de los pies de rutina, excepto como se describe en Servicios de podiatría en la **Sección D** de la Tabla de Beneficios
- calzado ortopédico, a menos que forme parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluya en el costo del mismo, o que el calzado sea para una persona con pie diabético
- dispositivos de soporte para los pies, excepto calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la visión disminuida



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

- reversión de procedimientos de esterilización
- servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios prestados a veteranos en establecimientos de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido según nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Usted sigue siendo responsable de los montos de sus costos compartidos.



Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le ordena y que usted obtiene en una farmacia o por servicio de entrega a domicilio. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medi-Cal. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su Guía para los Miembros.

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

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Estos generalmente incluyen medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o un centro de reposo.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de su *Guía para los Miembros*.
- Además de la cobertura de beneficios médicos y la Parte D de Medicare del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si se encuentra en un centro de cuidados para enfermos terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección F del **Capítulo 5**, “Si está en un programa de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare”.

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

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre que siga las reglas de esta sección.

Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otro profesional autorizado para recetar medicamentos) que emita su receta, la cual debe ser válida según la ley estatal pertinente. Esta persona suele ser su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo ha derivado para recibir atención.

El profesional que le recetó el medicamento **no** debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare ni en ninguna lista similar de Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. O puede surtir su receta a través del servicio de entrega a domicilio que ofrece el plan.

Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan. La llamamos la "*Lista de medicamentos*" para abreviar. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no está en la *Lista de Medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo dándole una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
- Tenga en cuenta también que la solicitud para cubrir su medicamento recetado se evaluará según los estándares de Medicare y Medi-Cal.

Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Es posible que el profesional que le recetó el medicamento pueda ayudarle a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado. Los medicamentos que se usan para tratar condiciones no respaldadas por la FDA o los libros de referencia se denominan indicaciones de "uso no aprobado". Los medicamentos utilizados para indicaciones de "uso no aprobado" son indicaciones que no están médicamente aceptadas y, por lo tanto, no son un beneficio cubierto a menos que este uso "no aprobado" se cite en uno de los libros de referencia aprobados por los CMS.

Es posible que su medicamento requiera aprobación para que lo cubramos. Consulte la **Sección C** de este capítulo.

Índice

A. Cómo surtir sus recetas	155
A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red.....	155
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta	155
A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red	155
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red	156
A5. Cómo usar una farmacia especializada.....	156
A6. Cómo usar servicios de entrega a domicilio para obtener sus medicamentos.....	156

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	158
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	159
A9. Devolución de dinero por un medicamento recetado	159
B. <i>Lista de medicamentos</i> de nuestro plan.....	160
B1. Medicamentos en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	160
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	161
B3. Medicamentos que no están en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	161
B4. Niveles de costos compartidos de la <i>Lista de medicamentos</i>	163
C. Límites para algunos medicamentos.....	163
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	165
D1. Cómo obtener un suministro temporal.....	165
D2. Cómo pedir un suministro temporal.....	166
D3. Cómo pedir una excepción	167
E. Cambios de cobertura para sus medicamentos.....	167
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	170
F1. En un hospital u centro de enfermería especializada durante una estadía que cubre nuestro plan.....	170
F2. En un establecimiento de cuidados a largo plazo.....	170
F3. En un programa de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare.....	171
G. Programas de seguridad y gestión de medicamentos	171
G1. Programas que le ayudan a tomar sus medicamentos sin riesgos para su salud	171
G2. Programas para ayudarle a gestionar sus medicamentos	172
G3. Programa de Gestión para el uso seguro de medicamentos opioides.....	173



A. Cómo surtir sus recetas

A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos por las recetas únicamente cuando se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestra página web o comuníquese con Servicio al Cliente.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo de su medicamento recetado cubierto.

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

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro o de identificación de beneficios consigo cuando surta su receta, solicite a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la recoja. Entonces puede pedirnos que le devolvamos el dinero correspondiente a nuestra parte. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicio al Cliente de inmediato.** Haremos todo lo que podamos para ayudarle.

- Para solicitarnos que le reembolsemos dinero, consulte el **Capítulo 7** de su Guía para los Miembros.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicio al Cliente.

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita resurtir una receta, puede pedirle al proveedor que le escriba una nueva receta o bien pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si aún quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con Servicio al Cliente.



A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que utiliza abandona la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestra página web o comuníquese con Servicio al Cliente.

A5. Cómo usar una farmacia especializada

A veces las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un establecimiento de cuidados a largo plazo, como un centro de reposo.
 - Por lo general, los establecimientos de cuidados a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un establecimiento de cuidados a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del establecimiento.
 - Si la farmacia de su establecimiento de cuidados a largo plazo no está en nuestra red o tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un establecimiento de cuidados a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que prestan servicios a proveedores de atención médica indígena (IHCP) y farmacias de la Organización Indígena Urbana (UIO) del Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano del Servicio de Salud Indígena. Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos a ciertos lugares o que requieren manipulación especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: esta no debería ser una situación habitual).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestra página web o comuníquese con Servicio al Cliente.

A6. Cómo usar servicios de entrega a domicilio para obtener sus medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de entrega a domicilio de la red de nuestro plan. En general, los medicamentos disponibles a través de la entrega a domicilio



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

son medicamentos que toma de manera regular para una condición médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos **no** disponibles a través del servicio de entrega a domicilio de nuestro plan están marcados con el símbolo NDS en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de entrega a domicilio de nuestro plan le permite ordenar un suministro para hasta 100 días de medicamentos cubiertos en los Niveles 1 a 4. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

Cómo surtir recetas mediante entrega a domicilio

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas mediante entrega a domicilio, llame a Servicio al Cliente al número que figura en la contratapa de este cuadernillo. Si usa una farmacia de entrega a domicilio que no está en la red del plan, su receta no estará cubierta.

Por lo general, una receta de entrega a domicilio llega en un plazo de 5 días. Recibirá una notificación si hay un retraso con su pedido de receta para la entrega a domicilio. Si tiene preguntas al respecto, comuníquese con Amazon Pharmacy al (856) 208-4665, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Si es necesario, Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan puede ayudarle a obtener un suministro suficiente de medicamentos en una farmacia minorista de la red local, para que no se quede sin medicamentos hasta que llegue el suyo a domicilio. Esto puede requerir comunicarse con su médico para pedirle que emita por teléfono o fax una nueva receta a la farmacia minorista de la red y así obtener la cantidad de medicamento necesaria hasta que reciba el suyo a domicilio.

Si el retraso es mayor a 5 días a partir de la fecha en que se ordenó la receta al proveedor de entrega a domicilio y se debe a una pérdida de medicamento en el sistema de correo, Servicio al Cliente de Amazon Pharmacy puede coordinar una orden de reemplazo.

Procesos de entrega a domicilio

El servicio de entrega a domicilio tiene distintos procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas recetas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus recetas de entrega a domicilio.

1. Nuevas recetas que la farmacia obtiene de usted

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

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

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para averiguar si desea que le surtan el medicamento inmediatamente o más adelante.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Esto le brinda la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permite suspender o retrasar la orden antes de que se le facture y envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comunice con usted para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar retrasos en el envío.

3. Resurtimiento de recetas de entrega a domicilio

Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtimiento automático. Conforme a este programa, comenzaremos a procesar su próximo surtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que debería estar a punto de quedarse sin su medicamento.

- La farmacia se comunica con usted antes de enviar cada surtido para asegurarse de que necesita más medicamento y puede cancelar el resurtimiento programado si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.
- Si elige no usar nuestro programa de resurtimiento automático, comuníquese con su farmacia 14 días antes de quedarse sin medicamento para asegurarse de que su próxima orden se le envíe a tiempo.

Si desea no participar en nuestro programa que prepara automáticamente el resurtimiento para la entrega a domicilio, comuníquese con nosotros llamando a Amazon Pharmacy al (856) 208-4665, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Informe a la farmacia cuáles son las mejores formas de contacto para que puedan comunicarse con usted y confirmar su orden antes del envío. Asegúrese de que su información de contacto esté siempre actualizada con Blue Shield TotalDual Plan. Si necesita actualizar su número de teléfono o dirección, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan (el número de teléfono se encuentra al final de esta página).

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que toma de manera regular, para una condición médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



pueden brindarle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de entrega a domicilio de la red de nuestro plan para obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de entrega a domicilio.

A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Generalmente, pagamos por los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte primero con su coordinador de atención o con Servicio al Cliente para saber si hay una farmacia de la red cerca.

Pagamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que brinden servicio las 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado cubierto que no se encuentra disponible regularmente en una farmacia minorista o de servicio por correo de la red elegible (estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos, medicamentos únicos y de alto costo u otros productos farmacéuticos especializados).
- Algunas vacunas administradas en el consultorio de su médico que no están cubiertas por la Parte B de Medicare y que no pueden obtenerse de manera razonable en una farmacia de la red pueden tener cobertura para el acceso fuera de la red.
- Las recetas surtidas en farmacias fuera de la red están limitadas a un suministro de 30 días de medicamentos cubiertos.

A9. Devolución de dinero por un medicamento recetado

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total en lugar de un copago cuando reciba su medicamento recetado. Puede pedirnos que le devolvamos el dinero correspondiente a nuestra parte del costo.

Si paga el costo total de un medicamento recetado que puede estar cubierta por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia se la reembolse una vez que Medi-Cal Rx pague el medicamento recetado. Otra opción es presentar la solicitud de “Reembolso de gastos de bolsillo de Medi-Cal



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

(Conlan)” para pedirle a Medi-Cal Rx que le devuelva el dinero. Puede encontrar más información en la página web de Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Para obtener más información sobre esto, consulte el **Capítulo 7** de su *Guía para los Miembros*.

B. Lista de medicamentos de nuestro plan

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos la “*Lista de medicamentos*” para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también le indica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente cubrimos un medicamento de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan cuando usted sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene en una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite la página web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para ver más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Presente su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra *Lista de medicamentos*, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y suelen costar menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, se pueden sustituir por el producto biológico original en

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



la farmacia sin necesitar una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos se pueden sustituir por medicamentos de marca.

Consulte el **Capítulo 12** para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la *Lista de medicamentos*.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*

Para saber si un medicamento que toma está en nuestra *Lista de medicamentos*, puede:

- Visitar la página web de nuestro plan en blueshieldca.com/medformulary2025. La *Lista de medicamentos* que figura en nuestra página web es siempre la más actualizada.
- Llamar a Servicio al Cliente para consultar si un medicamento está en nuestra *Lista de medicamentos* o para solicitar una copia de la lista.
- Los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite la página web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información.
- Inicie sesión en su portal para miembros en blueshieldca.com/medicare para usar nuestra "Herramienta de beneficios en tiempo real" o a llame a Servicio al Cliente. Con esta herramienta, usted puede buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían servir para tratar la misma condición.
- Cómo acceder a la herramienta de verificación de precios de recetas:
 - Cree una cuenta o inicie sesión en su cuenta de miembro en línea.
 - Ingrese a myblueshield y luego haga clic en Pharmacy (Farmacia) en la sección "Benefits" (Beneficios).
 - En "Price check my Rx" (Verificar el precio de mi medicamento recetado), haga clic en "Check current prescriptions" (Verificar recetas actuales).

B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de medicamentos* porque la ley no nos permite cubrirlos. En otros casos, nosotros decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si recibe una receta para un medicamento excluido, es



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

posible que usted deba pagarlo. Si cree que deberíamos pagar por un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre las apelaciones.

Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye la Parte D de Medicare) no puede pagar un medicamento que la Parte A o la Parte B de Medicare ya cubre. Nuestro plan cubre medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir 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 o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su condición. Su médico u otro proveedor pueden recetarle un determinado medicamento para tratar su condición, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se llama "uso no aprobado". Nuestro plan generalmente no cubre medicamentos recetados para un "uso no aprobado".

Además, por ley, Medicare o Medi-Cal no pueden cubrir los tipos de medicamentos que se enumeran a continuación.

- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado*
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor*
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso*
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que afirma que solo ellos deben ocuparse de los exámenes o servicios

*Los productos seleccionados pueden estar cubiertos por Medi-Cal. Visite la página web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para ver más información.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



B4. Niveles de costos compartidos de la *Lista de medicamentos*

Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* se encuentra en uno de cinco niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos u OTC). En general, cuanto mayor es el nivel de los costos compartidos, más elevado el costo del medicamento.

- Nivel 1 de costos compartidos: medicamentos genéricos preferidos (el nivel de costo compartido más bajo); incluye medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2 de costos compartidos: medicamentos genéricos; incluye medicamentos genéricos y biosimilares.
- Nivel 3 de costos compartidos: medicamentos de marca preferidos; incluye medicamentos de marca, biosimilares y algunos genéricos preferidos.
- Nivel 4 de costos compartidos: medicamentos no preferidos; incluye medicamentos de marca, biosimilares y algunos genéricos no preferidos.
- Nivel 5 de costos compartidos: medicamentos de nivel especializado (el nivel de costo compartido más alto); incluye medicamentos de marca, biosimilares y genéricos de muy alto costo que podrían requerir un manejo especial y/o un seguimiento estrecho.

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

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

C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre nuestro plan. En general, nuestras reglas fomentan que usted obtenga un medicamento que sirva para su condición médica y que sea seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el de menor costo.

Si hay alguna regla especial para su medicamento, en general significa que usted o su proveedor tienen que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor primero tenga que informarnos su diagnóstico o proporcionarnos los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, pídanos que hagamos una

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



excepción. Es posible que estemos de acuerdo o no con permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.

1. Limitación del uso de un medicamento de marca o de productos biológicos originales cuando hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible

Generalmente, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original y normalmente cuesta menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión biosimilar genérica o intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original disponible, las farmacias de nuestra red le dan la versión biosimilar genérica o intercambiable.

- Generalmente no pagamos por el medicamento de marca ni por el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos informó el motivo médico por el cual el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionará para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.

2. Obtención anticipada de la aprobación del plan

Para algunos medicamentos, usted o el profesional que le recetó el medicamento deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

3. Prueba previa de un medicamento diferente

En general, queremos que pruebe medicamentos de menor costo que sean igual de efectivos antes de que cubramos medicamentos que cuestan más. 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, es posible que le solicitemos que pruebe el medicamento A primero.

Si el medicamento A **no** funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B. Esto se llama terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que puede tomar. A esto se le llama límite de cantidad. Por ejemplo, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Para saber si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente o visite nuestra página web en [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025). Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura por cualquiera de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de la Guía *para los Miembros*.

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

Intentamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto de la manera que usted desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos*. Quizá cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Tal vez se trate de un medicamento y aún no hayamos revisado su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen reglas o límites especiales de cobertura. Como se explica en la sección anterior, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o la persona que recetó el medicamento deseen solicitarnos una excepción.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera que usted desea que lo cubramos.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos brindarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos* o está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o para pedirnos que lo cubramos.

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

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en nuestra *Lista de medicamentos* o
 - nunca estuvo en nuestra *Lista de medicamentos* o
 - ahora está limitado de alguna manera.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

- Estuvo en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
 - Si su receta indica una cantidad de días menor, le permitimos resurtidos múltiples para proporcionarle un máximo de 30 días del medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento recetado en pequeñas cantidades por vez para evitar el derroche.
- Es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
 - Si su receta indica una cantidad de días menor, le permitimos resurtidos múltiples para proporcionarle un máximo de 30 días del medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento recetado en pequeñas cantidades por vez para evitar el derroche.
- Usted ha estado en nuestro plan por más de 90 días, vive en un establecimiento de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro de 31 días o menos si su receta indica una cantidad de días menor. Esto se suma al suministro temporal mencionado anteriormente.

D2. Cómo pedir un suministro temporal

Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio al Cliente.

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le acabe. Estas son sus opciones:



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

- Cambie a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos que cubrimos y que tratan la misma condición médica. La lista puede ayudarle a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda servirle.

O

- Solicite una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o solicitarnos que lo cubramos sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarle a solicitar una.

D3. Cómo pedir una excepción

Si un medicamento que usted toma se retirará de nuestra *Lista de medicamentos* o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes de esa fecha.

- Le informamos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Pídanos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento como desea durante el año próximo.
- Responderemos a su solicitud de excepción dentro de las 72 horas posteriores a haberla recibido (o la declaración de respaldo de la persona que recetó el medicamento).

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

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicio al Cliente.

E. Cambios de cobertura para sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* durante el año. También es posible que cambiemos las normas con respecto a los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir si requiere o no autorización previa (PA) para un medicamento (nuestro permiso antes de que pueda obtener un medicamento).

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que usted pueda obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada para un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para más información acerca de las normas para estos medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si toma un medicamento que cubríamos al **comienzo** del año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más económico que funciona tan bien como un medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* ahora, o
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento es retirado del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia nuestra *Lista de medicamentos*, siempre puede:

- Consultar nuestra *Lista de medicamentos* vigente en línea en [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025) o
- Llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al pie de la página para consultar nuestra *Lista de medicamentos* actual.

Cambios que podemos hacer en la *Lista de medicamentos* que le afectan durante el año del plan actual

Algunos cambios a la *Lista de medicamentos* entran en vigor de inmediato. Por ejemplo:

- Hay un medicamento genérico nuevo disponible. A veces ingresa al mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que funciona tan bien como un medicamento de marca o un producto biológico original de la *Lista de medicamentos* actual. Cuando eso suceda, podremos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo.

Cuando agregamos el medicamento genérico nuevo, también es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en la lista, pero que cambiemos sus normas de cobertura o sus límites.



- Es posible que no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos la información acerca del cambio específico que hicimos una vez que haya sucedido.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos a seguir para pedir una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Cuando se retira un medicamento del mercado. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que un medicamento que está tomando no es seguro o eficaz, o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, posiblemente lo eliminemos de la *Lista de medicamentos* de inmediato. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Su médico también sabrá acerca de este cambio y podrá conversar con usted para encontrar otro medicamento para su condición.

Es posible que realicemos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informamos con anticipación sobre estos otros cambios a nuestra *Lista de medicamentos*. Estos cambios podrían suceder si:

- La FDA proporciona pautas nuevas o si hay pautas clínicas nuevas acerca de un medicamento.

Cuando hagamos estos cambios:

- Le informaremos al menos 30 días antes de que entre en vigor el cambio en nuestra *Lista de medicamentos* o
- Le informaremos y le daremos un suministro de 30 días del medicamento después de que usted pida un resurtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico o con la persona que recetó el medicamento. Estos profesionales pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de medicamentos* que puede tomar en su reemplazo o
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para que se continúe cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.



Cambios en la *Lista de medicamentos* que no le afectan durante el año del plan actual

Es posible que realicemos cambios en los medicamentos que toma que no se describen anteriormente y que no le afecten ahora. Para dichos cambios, si está tomando un medicamento que tenía cobertura a **principios** de año, por lo general no eliminamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

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

Si alguno de estos cambios ocurre con un medicamento que está tomando (excepto los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del año próximo.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el presente año. Deberá consultar la *Lista de medicamentos* del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio que le afectará durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital u centro de enfermería especializada durante una estadía que cubre nuestro plan

Si lo ingresan a un hospital u centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubrimos el costo de sus medicamentos recetados durante su internación. No deberá pagar ningún copago. Una vez que reciba el alta del hospital u centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos siempre que cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

F2. En un establecimiento de cuidados a largo plazo

Por lo general, un establecimiento de cuidados a largo plazo, como un hogar de ancianos, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si vive en un establecimiento de cuidados a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del establecimiento, si es parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su establecimiento de cuidados a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, contacte a Servicio al Cliente.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



F3. En un programa de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare

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

- Es posible que esté inscrito en un centro de cuidados para enfermos terminales de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos para el dolor, contra las náuseas, medicamentos laxantes o contra la ansiedad) que su centro de cuidado para enfermos terminales no cubre porque no está relacionado con su pronóstico terminal y sus condiciones. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del médico o de su centro de cuidados para enfermos terminales que nos informe que el medicamento no tiene relación con su condición, para que podamos cubrirlo.
- Para evitar demoras en el acceso a cualquier medicamento no relacionado con su condición que nuestro plan deba cubrir, puede pedirle a su proveedor de cuidados para enfermos terminales o a la persona que recetó el medicamento que nos envíe la notificación para informarnos que el medicamento no tiene relación con su condición antes de solicitarle a una farmacia que surta su receta.

Si recibe el alta del centro de cuidados para enfermos terminales, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados para enfermos terminales de Medicare, lleve a la farmacia documentación que confirme que ya no está en el centro de cuidados para enfermos terminales.

Consulte las porciones anteriores de este capítulo para conocer los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre el beneficio de cuidados para enfermos terminales.

G. Programas de seguridad y gestión de medicamentos

G1. Programas que le ayudan a tomar sus medicamentos sin riesgos para su salud

Cada vez que surte una receta, la analizamos para detectar posibles problemas, como errores en el fármaco o medicamentos que:

- podrían no ser necesarios porque toma otro medicamento similar que tiene el mismo efecto
- podrían no ser seguros para su edad o género
- podrían causarle daños si los toma al mismo tiempo

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- tienen componentes a los que es o podría ser alérgico
- tienen cantidades de medicamentos analgésicos con opioides que no son seguras

Si encontramos un posible problema con sus medicamentos recetados, conversamos con su proveedor para corregir el problema.

G2. Programas para ayudarle a gestionar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En tales casos, usted puede ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un Programa de Gestión de Terapias con Medicamentos (MTM, en inglés). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa les ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que tenga, como los costos y las reacciones a los medicamentos
- la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre

Después de la revisión le darán:

- Un resumen escrito con las conclusiones. El resumen tiene un plan de acción en relación con sus medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovecharlos mejor.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que toma, cuánto toma, cuándo y por qué los toma.
- Información sobre cómo desechar de manera segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Le recomendamos que hable con el profesional que recetó el medicamento acerca de su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o téngalos a mano cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Los Programas de Gestión de Terapias con Medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros elegibles. Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribimos en el programa y le enviamos información. Si no quiere participar del programa, puede informarnos y lo excluirémos.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente.

G3. Programa de Gestión para el uso seguro de medicamentos opioides

Nuestro plan ofrece un programa para ayudar a los miembros a tomar de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que se suelen usar incorrectamente. Este programa se llama Programa de Gestión de Medicamentos (DMP, en inglés).

Si toma medicamentos opioides recetados por distintos profesionales y que compra en distintas farmacias, o si tuvo hace poco una sobredosis de opioides, es posible que hablemos con estos profesionales para confirmar si los medicamentos opioides son la opción correcta y médicamente necesaria para usted. En coordinación con sus médicos, si determinamos que su uso de medicamentos opioides o con benzodiacepinas recetados no es seguro, es posible que limitemos sus posibilidades para acceder a dichos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Exigirle que surta todas las recetas de esos medicamentos en determinadas farmacias y/o recurra a determinados proveedores.
- Limitar la cantidad cubierta de esos medicamentos

Si creemos que se le deben aplicar una o más limitaciones, le enviaremos una carta con antelación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un proveedor o farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier información que crea que es importante que conozcamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que usted tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta para confirmar las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con que corre riesgo de uso indebido del medicamento recetado o con la limitación, usted y la persona que recetó el medicamento pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, analizaremos su caso y le informaremos nuestra decisión. Si la decisión sigue siendo rechazar alguna parte de su apelación relacionada con las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviamos su caso directamente a una Organización de Revisión Independiente (IRO, en inglés). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*).

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Es posible que el DMP sea aplicable en su caso si:

- tiene ciertas condiciones, como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- está recibiendo cuidados para enfermos terminales, paliativos o de final de la vida, o
- vive en un establecimiento de cuidados a largo plazo.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal Medicaid

Introducción

Este capítulo indica lo que usted paga por los medicamentos recetados como paciente ambulatorio. Con “medicamentos” nos referimos a:

- Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare y
- Medicamentos y suministros cubiertos por el plan de medicamentos recetados Medi-Cal Rx.

Como es elegible para Medi-Cal, recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para poder costear sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Extra Help (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 primas, deducibles y copagos. La ayuda adicional también se denomina “subsidio por ingresos bajos” o “LIS”.

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

Para obtener más información acerca de los medicamentos recetados, puede consultar los siguientes lugares:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - La llamamos “*Lista de medicamentos*”. Allí se informa:
 - Cuáles medicamentos pagamos nosotros
 - En cuál de los cinco niveles se encuentra cada medicamento
 - Si hay algún límite para los medicamentos
 - Si necesita una copia de la *Lista de medicamentos*, comuníquese con Servicio al Cliente. También puede encontrar la copia más actualizadas de nuestra *Lista de medicamentos* en nuestra página web:
[blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025).

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- La mayoría de los medicamentos recetados que compra en una farmacia tienen cobertura de Blue Shield TotalDual Plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite la página web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.
- **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros*.
 - Contiene información sobre cómo acceder a sus medicamentos recetados como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.
 - Incluye las reglas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos recetados no cubre nuestro plan.
 - Si utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección B2), el costo que se muestra aparece “en tiempo real”, lo que significa que el costo que se muestra en la herramienta refleja una estimación de lo que pagaría de costos de bolsillo en ese momento en el tiempo. Puede llamar a su coordinador de atención o a Servicio al Cliente para solicitar más información.
- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*
 - En la mayoría de los casos, debe recurrir a una farmacia de la red para surtir sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que tienen un acuerdo para trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 5** de su Guía para los Miembros para obtener más información sobre las farmacias de la red.



Índice

A. <i>Explicación de Beneficios</i> (EOB).....	178
B. Cómo mantener un registro de seguimiento de los costos de sus medicamentos	179
C. Usted no debe pagar nada por un suministro de medicamentos para un mes o suministro a largo plazo	181
C1. Sus opciones de farmacia	181
C2. Cómo obtener un suministro para tratamiento prolongado de un medicamento	181
D. Vacunas	181
D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	182



A. Explicación de Beneficios (EOB)

Nuestro plan mantiene un registro de seguimiento de sus medicamentos recetados. Hacemos el seguimiento de dos tipos de costos:

- **Sus costos de bolsillo.** Es el monto de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos recetados. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago realizado por sus medicamentos por “Ayuda Adicional” de Medicare, planes de salud de un empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA y organizaciones benéficas.
- **El costo total de sus medicamentos.** Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos recetados a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *explicación de beneficios*. Lo llamamos EOB para abreviar. Esta EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. Puede hablar con la persona que recetó el medicamento sobre estas opciones de menor costo. La EOB incluye:

- **La información del mes.** El resumen indica qué medicamentos recetados recibió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos y lo que pagaron usted y otras personas que pagan por usted.
- **Información del año hasta la fecha.** Estos son sus costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre precios de medicamentos.** Este es el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con su médico para solicitarle más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se consideran para sus costos totales de bolsillo.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- La mayoría de los medicamentos recetados que compra en una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Consulte más información en la página web de Medi-Cal Rx (www.medic-calrx.dhcs.ca.gov). También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Presente su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando compre medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

B. Cómo mantener un registro de seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para el seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza, utilizamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Así es como puede ayudarnos:

1. Use su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta un medicamento con receta. Esto nos ayuda a saber qué medicamentos recetados surte y qué importe paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Envíenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que pagó. Puede pedirnos que le reembolsemos el pago del medicamento.

A continuación, hay algunos ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que compra en el marco de un programa de asistencia a pacientes del fabricante del medicamento
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reembolso de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su *Guía para los Miembros*.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



3. Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de bolsillo.

4. Revise las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Compró medicamentos ese día?
- **¿Compró los medicamentos listados?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que le recetó su médico?

Para obtener más información, puede llamar al Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan o leer la Guía *para los Miembros* de Blue Shield TotalDual Plan. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestra página web: blueshieldca.com/medicare.

¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?

Si hay algo confuso o no parece correcto en esta EOB, llámenos a Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestra página web: blueshieldca.com/medicare.

¿Qué pasa si podría tratarse de un fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llame a Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a dichos números gratis, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si sospecha que un proveedor que atiende a beneficiarios de Medi-Cal ha cometido fraude, derroche o abuso, tiene derecho a denunciarlo llamando al número gratuito confidencial 1-800-822-6222. Puede encontrar otros métodos para denunciar fraudes de Medi-Cal en: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Si cree que falta algo o hay algún error, o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente. Guarde estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



C. Usted no debe pagar nada por un suministro de medicamentos para un mes o suministro a largo plazo

Con nuestro plan, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos siempre y cuando siga nuestras reglas.

C1. Sus opciones de farmacia

La cantidad que usted paga por un medicamento depende del lugar en el que obtiene el medicamento:

- una farmacia de la red o
- una farmacia fuera de la red. En algunos casos cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros* para saber en qué situaciones lo hacemos.
- Una farmacia de entrega a domicilio.

Consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para los Miembros* para saber cómo presentar una apelación si se le dice que un medicamento no estará cubierto. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

C2. Cómo obtener un suministro para tratamiento prolongado de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro prolongado") cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para 100 días. El suministro a largo plazo no tiene ningún costo para usted.

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

D. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que paga por sus vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos*

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



cubiertos (Formulario) de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para conocer los detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de cada vacuna en particular.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare consta de dos partes:

1. La primera parte de la cobertura cubre el costo de **la vacuna**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es por el costo de **aplicarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces es posible que su médico le administre la vacuna mediante una inyección.

D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame al Servicio al Cliente si tiene previsto vacunarse.

- Le podremos informar sobre la cobertura de su vacuna por parte de nuestro plan.



Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

En este capítulo le explicamos cómo y cuándo enviarnos una factura para que paguemos. También explicamos cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos	184
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago	188
C. Decisiones de cobertura.....	189
D. Apelaciones.....	189



A. Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

No debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos una vez que los recibe. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de Blue Shield TotalDual Plan le facturen por estos servicios o medicamentos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo.

Si recibe una factura por el costo total de atención médica o medicamentos, no pague la factura y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte el **Capítulo 7, Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a que se le reembolse el dinero.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le reembolsaremos el dinero.
- Si pagó por los servicios de Medi-Cal que ya recibió, puede ser elegible para recibir un reembolso (devolución) si cumple con todas las siguientes condiciones:
 - El servicio que recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal y nos corresponde pagarlo. No le reembolsaremos un servicio que no esté cubierto por Blue Shield TotalDual Plan.
 - Recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible de Blue Shield TotalDual Plan.
 - Usted solicita que le devuelvan el dinero dentro del plazo de un año desde la fecha en la que recibió el servicio cubierto.
 - Usted proporciona un comprobante de que pagó el servicio cubierto, por ejemplo, un recibo detallado de parte del proveedor.
 - Recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal TotalDual Plan. No necesita cumplir con esta condición si recibió servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio para el cual Medi-Cal permite que recurrir a proveedores fuera de la red sin aprobación previa (autorización previa).
- Si el servicio cubierto normalmente requiere una aprobación previa (autorización previa), debe presentar un comprobante del proveedor que demuestre la necesidad médica para el servicio cubierto.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Blue Shield TotalDual Plan le informará si le reembolsarán en una carta llamada Notificación de acción. Si usted cumple todos los requisitos antes mencionados, el proveedor inscrito en Medi-Cal debería devolverle el importe total que usted pagó. Si el proveedor se niega a devolverle dicho importe, Blue Shield TotalDual Plan le devolverá el importe total que pagó. Le reembolsaremos el importe dentro de los 45 días hábiles posteriores a la recepción del reclamo. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no se encuentra dentro de la red de Blue Shield TotalDual Plan y se niega a devolverle el dinero, Blue Shield TotalDual Plan le devolverá el dinero, pero pagará solamente hasta el importe que pagaría el Pago por Servicio (FFS) de Medi-Cal. Blue Shield TotalDual Plan le devolverá el importe total de su costo de bolsillo por los servicios de emergencia, los servicios de planificación familiar u otro servicio para el que Medi-Cal permite recurrir a proveedores fuera de la red sin aprobación previa. Si no cumple con alguna de las condiciones antes mencionadas, no le devolveremos el dinero.
- No le devolveremos el dinero si:
 - Solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios cosméticos.
 - El servicio no es un servicio cubierto por Blue Shield TotalDual Plan.
 - Fue a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario en el que consta que de todos modos quería atenderse y que usted pagaría por los servicios.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Contacte a Servicio al Cliente o a su coordinador de atención si tiene alguna pregunta. Si no sabe cuánto debería haber pagado, o si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea brindarnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Los siguientes son algunos ejemplos de situaciones en las que podría pedirnos que le reembolsemos su dinero o paguemos una factura que recibió:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos envíe la factura.

- Si paga el monto total al recibir atención, puede pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura y un comprobante del pago que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no le corresponde. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Si se le debe pagar al proveedor, lo haremos directamente.
- Si ya pagó más de lo que le corresponde del costo compartido por el servicio de Medicare, calcularemos cuánto le correspondía pagar y le devolveremos la diferencia por nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando recibe cualquier servicio o receta; sin embargo, a veces los proveedores de la red cometen errores y le piden que pague por sus servicios o más de la parte de los costos que le corresponde pagar. **Llame a Servicio al Cliente** o a su coordinador de atención al número que figura al pie la página **si recibe alguna factura**.

- Dado que pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deberían facturarle por estos servicios.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le devolveremos el dinero por la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía pagar según nuestro plan.

3. Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva

A veces su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que ha pasado el primer día de su inscripción. Puede que incluso haya sido el año pasado).

- Si su inscripción fue retroactiva y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero.
- Envíenos la factura y un comprobante del pago que haya hecho.

4. Cuando acude a una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento recetado

Si utiliza una farmacia fuera de la red, paga el costo total de su medicamento recetado.

- Sólo en unos pocos casos cubrimos los medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso.



- Consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare porque no tiene su tarjeta de identificación de miembro consigo

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro consigo, puede pedirle a la farmacia que nos llame o busque la información de inscripción en su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento recetado o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso.
- Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio que pagó en efectivo es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

6. Cuando paga el costo total de una receta de la Parte D de Medicare por un medicamento que no está cubierto

Es posible que pague el costo total del medicamento recetado porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* en nuestra página web o que tenga un requisito o restricción que usted desconoce o que no cree que se aplique a su caso. Si decide comprar el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
 - Si no paga el medicamento pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*).
 - Si usted y su médico u otra persona que le receta cree que necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro profesional que le haya recetado el medicamento para reembolsarle el dinero. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta.



Cuando nos envía una solicitud de pago, la analizamos y decidimos si el servicio o medicamento deben estar cubiertos. A esto se le llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debe estar cubiertos, lo pagamos.

Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y comprobante de cualquier pago que haya realizado por los servicios de Medicare. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es recomendable hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su coordinador de atención. Debe enviarnos su información médica dentro del plazo de un año de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento. Debe enviarnos la información de sus medicamentos recetados de la Parte D dentro de los tres años posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de brindarnos toda la información que necesitamos para decidir, puede completar nuestro formulario de reclamo para solicitar el pago.

- No es obligatorio que utilice el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Puede acceder al formulario en nuestra página web ([blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com)) o puede llamar a Servicio al Cliente y solicitarlo.

Envíe su solicitud de pago junto con las facturas o recibos a esta dirección:

Reclamos médicos:

Blue Shield TotalDual Plan
Servicio al Cliente de Medicare
P.O. Box 272640
Chico, CA 95027-2640

Reclamos por medicamentos recetados de la Parte D:

Claims Processing
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

Debe enviarnos su reclamo de servicios médicos dentro de un plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento. **Debe presentarnos su reclamo de medicamentos recetados de la Parte D dentro de los tres años** posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



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 importe de dinero que usted debe pagar, si corresponde.

- Le haremos saber si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, lo pagaremos. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque por nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio que pagó es efectivo es más alto que nuestro precio negociado). Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

El **Capítulo 3** de su *Guía para los Miembros* explica las reglas para que sus servicios estén cubiertos. El **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros* explica las reglas para obtener cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta explicando los motivos. La carta también explica sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le llama "presentar una apelación". También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

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

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

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo explica sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos honrar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de la manera que se ajuste a sus necesidades	191
B. Nuestra responsabilidad de garantizar su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	192
C. Nuestra responsabilidad de resguardar su información médica protegida (PHI)	193
C1. Cómo protegemos su PHI	194
C2. Su derecho a consultar su expediente médico	195
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	195
E. Prohibición para los proveedores de la red de facturarle directamente	196
F. Su derecho a dejar de ser miembro de nuestro plan	196
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	197
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones	197
G2. Su derecho a decir lo que quiere que pase si no puede tomar sus propias decisiones de atención médica	198
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	199
H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	199
H1. Qué hacer si no recibe un trato justo o para obtener más información sobre sus derechos	199
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	200

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



A. Su derecho a obtener servicios e información de la manera que se ajuste a sus necesidades

Tenemos la obligación de garantizar la sensibilidad cultural y accesibilidad de **todos** los servicios que recibe. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que sea miembro de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda entender, llame a su coordinador de atención o a Servicio al Cliente. Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas aparte del inglés, como el árabe, armenio, camboyano, chino simplificado, chino tradicional, farsi, hindi, hmong, japonés, coreano, laosiano, mien, punjabi, ruso, español, tagalo, tailandés, ucraniano, vietnamita y en formatos como en letra grande, braille o audio. Para solicitar materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicio al Cliente.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante:

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007

Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711).

Fax: (844) 696-6070

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 adelante. Para hacer una solicitud, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan.
- Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan dejará registrados su idioma y formato de preferencia para todas las comunicaciones futuras. Para actualizar sus preferencias, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal: 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.: 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Puede actualizar cómo le gustaría que nos comunicáramos con usted, así como su raza, etnia, idioma y orientación sexual, identidad de género e información de pronombres visitando el portal para miembros. Esta información nos ayuda a comprender y respaldar sus necesidades y preferencias específicas. Comprendemos la importancia de mantener su información personal privada y confidencial y tomamos en serio nuestras obligaciones de hacerlo. Contamos con políticas y procedimientos para gestionar el acceso a fin de determinar cuándo y cómo usamos estos datos. Esta información no se usará para determinar la cobertura de sus beneficios y/o servicios. Podemos compartir sus necesidades lingüísticas individuales con su(s) proveedor(es) específico(s) para ayudar a respaldar sus necesidades de atención médica.

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

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de su *Guía para los Miembros*.
 - Llame a su coordinador de atención o a Servicio al Cliente o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer sin solicitar una referencia. Una referencia es la aprobación de su PCP para consultar a un proveedor que no es su PCP.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede acceder a los servicios que necesita dentro de un período de tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención de urgencia sin aprobación previa (autorización previa).
- Tiene derecho a surtir sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin grandes demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Si desea obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de su *Guía para los Miembros*.
- Al inscribirse por primera vez en nuestro plan, tiene derecho a conservar sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales por hasta 12 meses si se cumplen ciertas condiciones. Para obtener más información sobre cómo conservar sus proveedores y autorizaciones de servicios, consulte el **Capítulo 1** de su *Guía para los Miembros*.
- Tiene derecho a tomar sus propias decisiones de atención médica con la ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.

En el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros* hay información sobre qué puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un período de tiempo razonable. También le indica qué puede hacer si rechazamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de resguardar su información médica protegida (PHI)

Protegemos su PHI según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su información médica protegida incluye información que usted nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye su expediente médico y otra información médica y de salud.

Tiene derechos en lo que respecta a su información y a controlar cómo se utiliza su información médica protegida. Le proporcionamos una notificación por escrito que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama “Notificación de Prácticas de Privacidad”.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Los miembros que puedan dar su consentimiento para recibir servicios confidenciales no están obligados a obtener la autorización de ningún otro miembro para recibir servicios confidenciales ni presentar un reclamo por servicios confidenciales. Blue Shield TotalDual Plan dirigirá las comunicaciones relacionadas con servicios confidenciales a la dirección postal, dirección de correo electrónico o número de teléfono alternativo que el miembro designe o, en ausencia de una designación, a nombre del miembro a la dirección o número de teléfono registrados. Blue Shield TotalDual Plan no divulga información médica relacionada con servicios confidenciales a ningún otro miembro sin la autorización por escrito del miembro que recibe la atención. Blue Shield TotalDual Plan acepta solicitudes de comunicación confidencial en la forma y el formato solicitados, si es fácil de producir en la forma y el formato solicitados, o en ubicaciones alternativas. La solicitud de un miembro de comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios confidenciales será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o presente una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales. Para solicitar una copia de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad o solicitar que se incluya un aviso de comunicación confidencial en su expediente, puede:

1. Ir a blueshieldca.com y hacer clic en el enlace Privacidad en la parte inferior de la página de inicio. Allí podrá encontrar la Notificación de Prácticas de Privacidad y el formulario de Comunicaciones Confidenciales.
2. Llamar al número de teléfono de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield.
3. Llamar sin cargo a la Oficina de Privacidad de Blue Shield of California al (888) 266-8080. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
4. Enviarnos un email a: privacy@blueshieldca.com

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada acceda a o cambie sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no brindamos su PHI a nadie que no le brinde atención ni pague por ella. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede otorgar permiso por escrito.

A veces no necesitamos obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o exigidas por la ley:

- Debemos divulgar su PHI a agencias gubernamentales que evalúan la calidad de la atención médica de nuestro plan.
- Podemos divulgar su PHI si lo ordena un tribunal, pero solo si lo permite la ley de California.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Debemos darle su información médica protegida a Medicare. Si Medicare divulga su PHI con fines de investigación o de otro tipo, lo hace de conformidad con las leyes federales.

C2. Su derecho a consultar su expediente médico

- Tiene derecho a consultar sus registros médicos y a solicitar una copia.
- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos su expediente médico. Si nos solicita que hagamos esto, consultaremos a su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar cambios.
- Tiene derecho a saber si compartimos su información médica protegida con otros y cómo.

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

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a recibir información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos. Usted también tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a los derechos y responsabilidades de los miembros del Plan.

Si no habla inglés, contamos con servicios de intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para solicitar un intérprete, llame a Servicio al Cliente. Este es un servicio gratuito. Este es un servicio gratuito. La Guía *para los Miembros* y otros materiales importantes están disponibles en otros idiomas -además del inglés. También podemos poner a disposición materiales en árabe, armenio, camboyano, chino simplificado, chino tradicional, farsi, hindi, hmong, japonés, coreano, laosiano, mien, punjabi, ruso, español, tagalo, tailandés, ucraniano y vietnamita. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio. Tenemos la obligación de proporcionarle información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Llame al Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos la información en el formato que mejor le resulte.

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes, llame al Servicio al Cliente:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluida:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros
- cómo cancelar su inscripción en nuestro plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluidos:
 - cómo elegir o cambiar de proveedores de atención primaria
 - acreditaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, incluidos:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de su *Guía para los Miembros*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de su *Guía para los Miembros*) cubiertos por nuestro plan
 - límites a su cobertura y medicamentos
 - reglas que debe seguir para acceder a los servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros*), lo que incluye pedirnos que:
 - expliquemos por escrito los motivos por los que un servicio o medicamento no tiene cobertura
 - cambiemos la decisión que tomamos
 - paguemos una factura que recibió

E. Prohibición para los proveedores de la red de facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle el saldo ni cobrarle si pagamos menos del monto que cobró el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su *Guía para los Miembros*.

F. Su derecho a dejar de ser miembro de nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en el plan si no lo desea.

- Tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Medicare Original u otro Medicare Advantage Plan.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Puede recibir sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos recetados o de otro Medicare Advantage Plan.
- Consulte el **Capítulo 10** de su *Guía para los Miembros*:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede unirse a un nuevo plan de MA o plan de beneficios de medicamentos recetados.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de Medi-Cal si deja de ser miembro de nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones sobre su atención médica.

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

Sus proveedores deben explicarle su condición y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Tiene derecho a que se le trate con respeto en todos los aspectos de su atención médica y tiene derecho a su dignidad y a su privacidad. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo que implique el tratamiento. Debemos informarle con anticipación si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Buscar una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidirse por un tratamiento.
- **A decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a irse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no cancelaremos su membresía en nuestro plan. Sin embargo, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, debe aceptar toda la responsabilidad de lo que le suceda.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor se negó a atenderlo.**
Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le negó la atención que usted cree que debería recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que rechazamos o que generalmente no cubrimos.** Esto se llama decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros* le explicamos cómo solicitar una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que pase si no puede tomar sus propias decisiones de atención médica

A veces las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que esto suceda, puede:

- Completar un formulario por escrito **otorgándole a alguien el derecho a tomar decisiones médicas en su nombre.**
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre su atención médica si pierde la capacidad de tomar decisiones personalmente, incluidos los procedimientos que **no** quiere.

El documento legal que usar para dar sus instrucciones se llama “directiva anticipada”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para decisiones de atención médica.

No es obligatorio que tenga una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si quiere usar una directiva anticipada:

- **Obtener el formulario.** Puede pedirle el formulario de su médico, a un abogado, a una agencia de servicios legales o a un trabajador social. Las farmacias y los consultorios de proveedores suelen tener estos formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para solicitar el formulario.
- **Completar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Le recomendamos que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su médico de atención primaria, le ayuden a completarlo.
- **Entregar copias a las personas que deben estar al tanto.** Debería darle una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la persona que nombre para que tome decisiones por usted. También puede ser conveniente que entregue copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Si deben hospitalizarlo y tiene una directiva anticipada firmada, **lleve una copia al hospital.**
 - En el hospital le preguntarán si tiene un formulario de directiva anticipada firmado y si lo tiene con usted.
 - Si no tiene un formulario de directiva anticipada firmado, en el hospital tienen formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Tiene derecho a:

- Pedir que incluyan su directiva anticipada en su expediente médico.
- Cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.
- Conocer los cambios a las leyes relacionadas con las directivas anticipadas. Blue Shield TotalDual Plan le informará sobre los cambios a las leyes estatales como máximo 90 días después del cambio.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante Livanta (la Organización de Mejora de la Calidad de California) por teléfono al (877) 588-1123 (TTY: 711) o escribir a: Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701.

H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

En el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros* hay información sobre qué puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicio al Cliente para solicitar esta información.

H1. Qué hacer si no recibe un trato justo o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que le dimos un trato injusto (y **no** se trata de discriminación por los motivos enumerados en el **Capítulo 11** de su *Guía para los Miembros*) o desea obtener más información sobre sus derechos y responsabilidades, puede llamar a:

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Servicio al Cliente al 1-800-452-4413 (TTY: 711).
- Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222 (TTY: 711). Puede ver más detalles sobre el Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud en el **Capítulo 2, Sección E**.
- El Programa del Defensor del Pueblo al 1-888-452-8609. Puede ver más detalles acerca de este programa en 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 “Derechos y protecciones de Medicare”, que se encuentra 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 hacer lo siguiente: Si tiene alguna pregunta, llamar a Servicio al Cliente.

- **Leer la Guía para los Miembros** para conocer qué cubre nuestro plan y las reglas a seguir para acceder a los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre:
 - Sus servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de su *Guía para los Miembros*. Esos capítulos le indican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y cuánto debe pagar.
 - Sus medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de su *Guía para los Miembros*.
- **Informarnos acerca de cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicio al Cliente si tiene otra cobertura.
- **Informar a su médico y a otros proveedores de atención médica** que es miembro de nuestro plan. Presente su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos**, a otros proveedores de atención médica y a su Plan a brindarle la mejor atención.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Infórmeles lo que necesitan saber acerca de usted y su salud. Conozca todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
- Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores estén al tanto de todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados y de venta libre, vitaminas y suplementos.
- Haga todas las preguntas que necesite. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Colaborar con su coordinador de atención**, lo que incluye completar una evaluación de riesgos para la salud por año.
- **Ser considerado**. Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, hospitales y consultorios de otros proveedores.
- **Pagar lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de pagar lo siguiente:
 - Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Blue Shield TotalDual Plan, Medi-Cal paga la prima de la Parte A de Medicare y la prima de la Parte B de Medicare.
 - **Si recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (Nota: si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación).
- **Informarnos si se muda**. Si tiene previsto mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a su coordinador de atención o a Servicio al Cliente.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.** Sólo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** de su *Guía para los Miembros* le informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a averiguar si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos



recetados de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.

- Informe su nueva dirección a Medicare y Medi-Cal cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de su *Guía para los Miembros* para conocer los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
- **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, igual necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su legajo como miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Informarnos si cambia su número de teléfono** o hay una mejor manera de comunicarnos con usted.
- **Llame a su coordinador de atención o a Servicio al Cliente para solicitar ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**



Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo tiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó su plan sobre su atención.
- Cree que sus servicios cubiertos están finalizando demasiado pronto.
- Tiene un problema o queja con sus servicios y asistencia a largo plazo, que incluyen Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) y servicios en un centro de reposo (NF).

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene algún problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación.**

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y asistencia a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención. **Si tiene algún problema con su atención, puede llamar al Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077 para solicitar ayuda.** Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa del Defensor de los Derechos del Paciente para que lo orienten con su problema particular. Para ver otros recursos que aborden sus inquietudes y formas de comunicarse con ellos, consulte el **Capítulo 2** de su *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud.....	206
A1. Sobre los términos legales.....	206
B. Dónde conseguir ayuda	206
B1. Si necesita más información y ayuda	206
C. Información sobre quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan	208

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



D. Problemas con sus beneficios.....	208
E. Decisiones de cobertura y apelaciones.....	209
E1. Decisiones de cobertura	209
E2. Apelaciones	209
E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones.....	210
E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle.....	211
F. Atención médica.....	211
F1. Cómo usar esta sección.....	212
F2. Solicitar una decisión de cobertura	213
F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1.....	215
F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	218
F5. Problemas de pago.....	225
G. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare	226
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare	227
G2. Excepciones de la Parte D de Medicare	228
G3. Aspectos importantes que debe saber acerca de solicitar una excepción.....	229
G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	230
G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	233
G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	235
H. Solicitarnos que cubramos una hospitalización más larga.....	237
H1. Conocer sus derechos de Medicare	238
H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	239
H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	241
I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos.....	242
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura.....	242



I2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	243
I3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	245
J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	246
J1. Próximos pasos para los servicios y suministros de Medicare	246
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal	247
J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare	248
K. Cómo presentar una queja	249
K1. ¿Ante qué tipo de problemas se puede presentar una queja?	249
K2. Quejas internas	251
K3. Quejas externas	253



A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica cómo proceder si tiene problemas e inquietudes. El proceso a usar depende del tipo de problema que tenga. Se usa un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas**.

Para garantizar resoluciones justas y rápidas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

A1. Sobre los términos legales

Hay términos legales en este capítulo para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que utilizamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Utilizamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- “Enviar una queja” en lugar de “presentar una queja”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de persona de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (IRE)

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por lo que también los proporcionamos.

B. Dónde conseguir ayuda

B1. Si necesita más información y ayuda

A veces resulta confuso iniciar o seguir el proceso para solucionar un problema. Esto es especialmente difícil si no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda del Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (HICAP)

Llame al Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud para solicitar ayuda gratuita. Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer para intentar solucionar su problema. El HICAP no tiene ninguna relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP cuenta con asesores

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222.

Ayuda del Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medicare Medi-Cal:

Puede llamar al Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medicare Medi-Cal y hablar con un/a defensor/a sobre sus preguntas sobre la cobertura de salud. Ofrecen ayuda legal gratuita. El Programa del Defensor de los Derechos del Paciente no tiene ninguna relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Su número de teléfono es el 1-855-501-3077 y su página web es www.healthconsumer.org.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Estas son dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- 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.
- Visitar la página de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de Medi-Cal

Ayuda del Departamento de Servicios de Atención Médica de California

El Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de atención médica administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS) puede ayudarle. Pueden ayudarle si tiene problemas para inscribirse, cambiar o abandonar un plan de salud. También le pueden ayudar si se mudó y tiene problemas para transferir su beneficio de Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al Defensor de los Derechos del Paciente al 1-888-452-8609 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) para solicitar ayuda gratuita. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es **1-888-466-2219**. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden usar el número TDD gratuito **1-877-688-9891**. También puede visitar la página web del DMHC en www.dmhc.ca.gov. El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-800-452-4413 (TTY: 711)** y seguir el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este procedimiento para presentar quejas no impide el ejercicio de posibles derechos o recursos legales que pueda tener a su disposición. Si necesita ayuda con una queja relativa a una emergencia, una queja que su plan de salud no

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



haya resuelto de manera satisfactoria o una queja que no se haya resuelto en un plazo de 30 días, puede llamar al Departamento para solicitar ayuda. También es posible que sea elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). De ser así, el proceso de la IMR realizará una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o en investigación, y los conflictos relacionados con pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito, el **1-888-466-2219**, y una línea TDD, **1-877-688-9891**, para las personas con dificultades de audición o del habla. En la página web del Departamento, www.dmhca.gov, encontrará formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

C. Información sobre quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Usted tiene cobertura de Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo es válida para **todos** sus beneficios de atención médica administrada de Medicare y Medi-Cal. A esto a veces se le llama “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces no es posible combinar los procesos de Medicare y Medi-Cal. En esas situaciones, debe usar 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 sus beneficios

Si tiene algún problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El siguiente cuadro le puede ayudar a encontrar la sección correcta de este capítulo si tiene problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o cobertura?	
Esto incluye problemas sobre si determinada atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos recetados de la Parte B), está cubierta o no, la forma en que está cubierta y problemas sobre el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura. Consulte la Sección E, “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	No. Mi problema no es sobre beneficios o cobertura. Consulte la Sección K, “Cómo presentar una queja”.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación aborda problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de la atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B como **atención médica**.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, el médico de la red de su plan toma una decisión de cobertura (favorable) por usted cada vez que lo atiende (consulte el **Capítulo 4, Sección G** de su *Guía para los Miembros*).

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que cree que necesita. **Si desea saber si cubrimos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no tenga o deje de tener cobertura de Medicare o Medi-Cal. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelarla”. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión que hemos tomado sobre la cobertura.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para confirmar si seguimos todas las reglas correctamente. Otro grupo de revisores diferente de que tomó la decisión desfavorable original revisa su apelación.

En la mayoría de los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1. Si su problema de salud es urgente o implica un riesgo inmediato y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso y necesita una decisión inmediata, puede solicitar una revisión médica independiente al Departamento de Atención Médica Administrada en www.dmhc.ca.gov. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Cuando completamos la revisión, le informamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo en la Sección F2, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si **rechazamos** parte o a la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de una atención médica de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid o de la Parte D de Medicare, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, la carta le brindará información sobre ambos tipos de apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, es posible que pueda pasar por niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

Puede pedir ayuda a través de cualquiera de los siguientes medios:

- **Servicio al Cliente**, a los números que figuran al pie de la página.
- **Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medi-Cal al 1-855-501-3077.**
- **Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud al 1-800-434-0222.**
- **El Centro de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC)** para solicitar ayuda gratuita. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden usar el número TDD gratuito 1-877-688-9891. También puede visitar la página web del Departamento de Atención Médica Administrada de California, www.dmhc.ca.gov.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en nombre de usted.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado solicite el nombre de un abogado del Colegio de Abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le pueden brindar servicios legales gratuitos si califica.
 - Solicite un abogado de asistencia legal del Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077.

Complete el formulario de designación de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a alguien para actuar en su nombre.

Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al pie de la página y solicite el formulario de “designación de representante”. También puede descargar el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. **Debe darnos una copia del formulario firmado.**

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle

Hay cuatro situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite. Hay una sección por cada una de ellas en este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Atención médica”
- **Sección G**, “Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada”
- **Sección I**, “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos”
(Esta sección solo se aplica a estos servicios: servicios de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un establecimiento de rehabilitación ambulatoria integral).

Si no está seguro de qué sección consultar, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al pie de la página. También puede solicitar ayuda o información a organizaciones del gobierno, como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP). Consulte más información en el **Capítulo 2, Sección C**.

F. Atención médica

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

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Esta sección trata sobre sus beneficios de la atención médica que se describe en el **Capítulo 4** de su *Guía para los Miembros*. En algunos casos, es posible que se apliquen distintas reglas a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare. Cuando sea el caso, le explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare de las reglas para servicios y artículos médicos.

F1. Cómo usar esta sección

Esta sección explica lo que puede hacer en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Cree que cubrimos la atención médica que necesita pero que no recibe.

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

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

Lo que puede hacer: puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

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

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

4. Recibió y pagó la atención médica que creía que cubríamos y desea que le devolvamos el dinero.

Lo que puede hacer: puede pedirnos que le devolvamos el dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para cierto tipo de atención médica y usted cree que nuestra decisión podría dañar su salud.

Lo que puede hacer: puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, servicios de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un establecimiento de rehabilitación ambulatoria integral, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que impliquen reducir o suspender su cobertura para determinado tipo de atención médica, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.



6. Está sufriendo demoras en la atención o no puede encontrar un médico.

Lo que puede hacer: puede presentar una queja. Consulte la **Sección K2**.

F2. Solicitar una decisión de cobertura

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

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de la siguiente manera:

- por teléfono al: (800) 452-4413 (TTY: 711).
- por fax al: (877) 251-6671.
- por escrito a: Blue Shield TotalDual Plan
P.O. Box 927
Woodland Hills, CA 91365-9856

Decisión de cobertura estándar

Utilizamos las “estándar” a menos que aceptemos utilizar las “rápidas”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta sobre:

- Un servicio o artículo médico dentro de los 14 días consecutivos posteriores a la recepción de su solicitud. Para los planes Knox-Keene, dentro de los 5 días hábiles y a más tardar 14 días consecutivos después de recibir su solicitud.
- Un medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es **“determinación acelerada”**.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiera una respuesta rápida, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta sobre:

- Un servicio o artículo médico dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud, o antes si su condición requiere una respuesta más rápida.
- Un medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Para que tomemos una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:

- Solicitar la cobertura de artículos médicos y/o servicios que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- Si las fechas límite estándar **podrían causar daños graves a su salud** o perjudicar su capacidad de desenvolverse en la vida.

Si su médico nos dice que su salud lo requiere, tomamos la decisión de cobertura rápida automáticamente. Si lo solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si debe ser rápida.

- Si decidimos que su estado de salud no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviamos una carta que lo indica y tomamos la decisión dentro de los plazos estándar. En la carta dirá:
 - Que tomamos una decisión de cobertura rápida si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si rechazamos parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos.

- Si la **rechazamos**, tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, una apelación es la manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3**).

En ciertas circunstancias, podríamos desestimar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los siguientes son algunos ejemplos de cuándo se desestima una solicitud:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o
- si solicita que se retire su solicitud.



Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-800-452-4413 (TTY: 711).

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o por teléfono al 1-800-452-4413 (TTY: 711).

- Si su médico u otra persona que le receta medicamentos solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlos como sus representantes para que actúen en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, incluya un formulario de designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
 - Desestimamos su solicitud y
 - Le enviamos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe pedir una apelación en un plazo de 65 días consecutivos a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si usted no puede cumplir con el plazo y cuenta con una buena razón para ello, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos pueden ser que tuvo una enfermedad grave o que le dimos información incorrecta sobre la fecha límite. Explique el motivo por el cual su apelación se presenta tarde al hacerlo.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que no recibió, usted o su médico deciden si necesita una apelación rápida.

Si su médico nos dice que su salud lo requiere, le otorgamos la apelación rápida automáticamente. Si lo solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si corresponde una apelación rápida.

- Si decidimos que su estado de salud no reúne los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta que lo indica y la procesamos dentro de los plazos estándar. En la carta dirá:
 - Que otorgamos la apelación rápida automáticamente si su médico lo solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de otorgarle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le informamos que suspenderemos o reduciremos servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe, le enviamos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Continuamos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días consecutivos a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigor prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con esta fecha límite, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no presenta una apelación antes de estas fechas, no seguirá recibiendo su servicio o artículo mientras espera la decisión de su apelación.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Comprobamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos **No** a su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para solicitarles más información.

Una apelación rápida tiene fechas límite.

- Si utilizamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de recibir su apelación, o antes si su estado de salud requiere una respuesta más rápida**. Le damos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En esa instancia la revisa una IRO. Más adelante en este capítulo le informamos qué es esta organización y explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, usted mismo puede presentar una solicitud de Audiencia Estatal de Nivel 2 ante el estado en cuanto se cumpla la fecha límite. En California, la audiencia estatal se conoce como Audiencia del Estado. Para solicitar una Audiencia del Estado, consulte la Sección F4, según corresponda.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud**, enviamos su apelación a la IRO para una apelación de Nivel 2.

Fechas límite para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días consecutivos** después de recibir su apelación para la cobertura de servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación, o antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En esa instancia la revisa una

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



IRO. Más adelante en la sección F4 de este capítulo, le informamos qué es esta organización y explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, usted mismo puede presentar una solicitud de Audiencia Estatal de Nivel 2 ante el estado en cuanto se cumpla la fecha límite. En California, la audiencia estatal se conoce como Audiencia del Estado. Para solicitar una Audiencia del Estado, consulte la Sección F4.

Si aceptamos parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o brindarle la cobertura que acordamos dentro de los 30 días consecutivos posteriores a la fecha en que recibimos su solicitud de apelación, o tan pronto como lo requiera su estado de salud, y dentro de las 72 horas posteriores a la fecha en que cambiamos nuestra decisión, o dentro los 7 días consecutivos a partir de la fecha en que recibimos su apelación si su solicitud era por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, **tiene derechos de apelación adicionales**:

- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta.
- Si su problema es por la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informa que enviamos su caso a la IRO para una apelación de Nivel 2.
- Si su problema es por la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, la carta le indica cómo 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. Esta carta le informa si Medicare, Medi-Cal o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema es por un servicio o artículo que suele cubrir **Medicare**, enviamos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones ni bien se completa la apelación de Nivel 1.
- Si su problema es por un servicio o artículo que suele cubrir **Medi-Cal**, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le explica cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema es por un servicio o artículo que **tanto Medicare como Medi-Cal** pueden cubrir, automáticamente se asigna una apelación de Nivel 2 ante la IRO. Además de la apelación automática de Nivel 2, también puede solicitar una audiencia estatal y una Revisión Médica Independiente del estado. Sin embargo, una Revisión Médica Independiente no está disponible si ya presentó evidencia en una audiencia estatal.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Si calificó para la continuidad de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento en proceso de apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es por un servicio que generalmente solo cubre Medicare, sus beneficios por ese servicio no continúan durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 ante la IRO.
- Si su problema es por un servicio generalmente cubierto solo por Medi-Cal, sus beneficios para ese servicio continúan si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días consecutivos posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que suele cubrir Medicare

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**”, a veces llamada “**IRE**”.

- Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la empresa como IRO y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su “expediente de caso”) a esta organización. Tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.
- Tiene derecho a brindarle a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si presentó una apelación rápida en el Nivel 1, también tiene una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida ante nosotros en el Nivel 1, automáticamente obtendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tiene una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si presentó una apelación estándar ante nosotros en el Nivel 1, automáticamente obtendrá una apelación estándar en el Nivel 2. Si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación.

Si la IRO le da su respuesta por escrito y explica los motivos.

- **Si la IRO acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos implementar la decisión de inmediato:
 - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas**, o
 - Prestar el servicio dentro de **los 5 días hábiles** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes estándar**, o
 - Prestar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO acepta parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare en conflicto:
 - **Dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes estándar**, o
 - **Dentro de las 24 horas** siguientes a la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con otra instancia de apelación.
 - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2. En total son cinco niveles.



- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez del fuero administrativo (ALJ) o un mediador independiente manejan las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de Niveles 3, 4 y 5.

Cuando su problema es por un servicio o artículo que suele cubrir Medi-Cal

Hay dos maneras de presentar una apelación de Nivel 2 para servicios y artículos de Medi-Cal: (1) Presentar una queja o solicitud de Revisión Médica Independiente o (2) solicitar una Audiencia Estatal.

(1) Revisión Médica Independiente

Puede presentar una queja o solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) en el Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). Al presentar una queja, el DMHC revisa nuestra decisión y toma una determinación. Una IMR está disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión de su caso realizada por expertos que no forman parte de nuestro plan ni del DMHC. Si la IMR se decide a su favor, debemos brindarle el servicio o artículo que solicitó. Una IMR no tiene costo para usted.

Puede presentar una queja o solicitar una IMR si nuestro plan:

- Deniega, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque nuestro plan determina que no es médicamente necesario.
- Se niega a cubrir un tratamiento experimental de Medi-Cal para una condición grave.
- Impugna la naturaleza de un procedimiento y no hay acuerdo sobre si es cosmético o reconstructivo.
- No paga los servicios de Medi-Cal urgentes o de emergencia que usted ya recibió.
- No ha resuelto su apelación de Nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal dentro de los 30 días consecutivos en caso de una apelación estándar o 72 horas, o antes si su salud lo requiere, en caso de una apelación rápida.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



NOTA: si su proveedor presentó una apelación en su nombre, pero no recibimos su formulario de designación de representante, deberá volver a presentarnos su apelación para poder solicitar una IMR de Nivel 2 ante el Departamento de Atención Médica Administrada, a menos que su apelación involucre un riesgo inminente y grave para su salud, que incluye, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, una extremidad o una función corporal importante.

Tiene derecho a una IMR y a una Audiencia Estatal, pero no tiene derecho a una IMR si ya presentó pruebas en una Audiencia Estatal o tuvo una Audiencia Estatal sobre el mismo tema.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte más información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 1 en la página 198. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) o solicitar una IMR al Centro de ayuda del DMHC.

Si su tratamiento fue rechazado porque era experimental o de investigación, no es necesario que participe en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o implica un riesgo inmediato y grave para su salud o si tiene un dolor intenso, puede comunicarlo inmediatamente al DMHC sin pasar primero por nuestro proceso de apelación.

Debe **solicitar una IMR dentro de los 6 meses** posteriores al envío de nuestra decisión por escrito sobre su apelación. Sin embargo, el DMHC puede extender la fecha límite de 6 meses por razones válidas, por ejemplo si usted tenía una condición que le impidió solicitar una IMR dentro de los 6 meses o que no haya recibido el aviso adecuado del proceso de la IMR.

Cómo solicitar una IMR:

- Complete el formulario de queja/solicitud de revisión médica independiente disponible en:
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llame al Centro de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Si tiene, adjunte copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que denegamos. Esto puede acelerar el proceso de la IMR. Envíe copias de los documentos, no los originales. El Centro de Ayuda no puede devolver ningún documento.
- Complete el formulario de autorización de asistente si alguien le está ayudando con su 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.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Envíe por correo o fax sus formularios y cualquier archivo adjunto a:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

- También puede enviar su solicitud de revisión médica independiente/formulario de queja y formulario de autorización de asistente en línea:
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

Si cumple con los requisitos para una IMR, el DMHC analizará su caso y le enviará una carta en un plazo de 7 días calendario para informarle que cumple con los requisitos para una IMR. Luego de recibir su solicitud y los documentos de respaldo de parte de su plan, la decisión de una IMR se tomará dentro de los 30 días calendario. Usted debería recibir la decisión de la IMR dentro de los 45 días calendario de la presentación de la solicitud llenada.

Si su caso es urgente y cumple con los requisitos para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en un plazo de 48 horas de haber recibido la solicitud completa para informarle que cumple con los requisitos para una IMR. Luego de recibir su solicitud y los documentos de respaldo de parte de su plan, la decisión de una IMR se informa dentro de los 3 días consecutivos. Debería recibir la decisión de la IMR dentro de los 7 días consecutivos de la presentación del formulario de solicitud completo. Si no está conforme con el resultado de la IMR, igual puede solicitar una Audiencia del Estado.

Una IMR puede llevar más tiempo si el DMHC no recibe todos los expedientes médicos necesarios de parte suya o de su médico tratante. Si usted se está atendiendo con un médico que no está en la red de su plan de salud, es importante que obtenga sus expedientes médicos de dicho médico y nos los envíe. Su plan de salud tiene la obligación de obtener copias de su expediente médico de los médicos que pertenecen a la red.

Si el DMHC decide que su caso no es elegible para una IMR, el DMHC revisará su caso a través de su proceso habitual de quejas del consumidor. Su queja debe resolverse dentro de los 30 días consecutivos posteriores a la presentación del formulario de solicitud completo. Si su queja es urgente, se resolverá antes.

(2) Audiencia del Estado

Puede solicitar una Audiencia del Estado para los servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor solicita un servicio o artículo que no aprobamos, o si decidimos no seguir pagando un servicio o artículo que ya recibe y nuestra respuesta fue no a su apelación de Nivel 1, tiene derecho a pedir una Audiencia del Estado.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una audiencia estatal** después del envío por correo de la “Carta de decisión de apelación”.

NOTA: si solicita una Audiencia del Estado porque le informamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o suspenderá, **tiene menos días para presentar su solicitud** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras su Audiencia del Estado está pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?” en la página 201 para obtener más información.

Hay dos maneras de solicitar una Audiencia del Estado:

1. Puede completar la "Solicitud de Audiencia del Estado" al dorso del aviso de acción. Debe ingresar toda la información solicitada, como su nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del plan o condado que tomó la medida adversa para usted, los programas de ayuda involucrados y una descripción detallada del motivo por el que quiere una audiencia. Luego puede enviar su solicitud de una de estas maneras:
 - Al departamento de bienestar social del condado, a la dirección que figura en el aviso.
 - Al Departamento de Servicios Sociales de California:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, CA 94244-2430
 - A la División de Audiencias Estatales al número de fax 916-309-3487 o al número gratuito 1-833-281-0903.
2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-743-8525. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349. Si decide presentar una solicitud de Audiencia del Estado por teléfono, tenga en cuenta que las líneas telefónicas suelen estar muy ocupadas.

La División de Audiencias del Estado le comunica su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si la División de Audiencias del Estado **acepta** a parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su decisión.
- Si la División de Audiencias del Estado **rechaza** parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la IRO o de la Audiencia del Estado es **negativa** para toda o parte de su solicitud, tiene otros derechos de apelación.

Si su apelación de Nivel 2 fue ante la **IRO**, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un determinado monto mínimo. Un juez del fuero administrativo (ALJ) o un mediador independiente manejan las apelaciones de Nivel 3. **La carta que recibe de la IRO explica qué otros derechos de apelación pueden corresponderle.**

La carta que recibe de la División de Audiencias del Estado describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que nuestros proveedores de la red le facturen servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca es su obligación pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura que supera su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. Usted no debe pagar la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las reglas para recibir servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de su *Guía para los Miembros*. Allí se describen situaciones en las que es posible que necesite pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

Si solicita que le devuelvan el dinero, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si cumplió con todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, le enviaremos nuestra parte del costo por el servicio o artículo habitualmente dentro de los 30 días consecutivos posteriores a la recepción de su solicitud, en un plazo máximo de 60 días consecutivos.
- Si aún no ha pagado el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que **aceptar** a su solicitud de decisión de cobertura.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Si el servicio o artículo no está cubierto o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos el servicio o artículo y explicarle por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación para que le reembolsemos el dinero, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días consecutivos posteriores a la recepción de su apelación.
- Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y **Medicare** suele cubrir el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revoca nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días consecutivos. Si **aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica dentro de los 60 días consecutivos.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta donde le detallamos qué otros derechos de apelación puede tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los otros niveles de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y Medi-Cal generalmente cubre el servicio o artículo, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre y que podrían estar cubiertos por Medi-Cal. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones por medicamentos de la Parte D de Medicare.** Hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de la Parte D de Medicare” cada vez. Para los medicamentos cubiertos únicamente por Medi-Cal, siga el proceso que se describe en la **Sección E**.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Para estar cubierto, su medicamento debe tener una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertos referentes médicos. Consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare

Los siguientes son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos acerca de sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos:
 - Que cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o
 - Que suspendamos una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener)
- Nos pregunta si tiene cobertura para un medicamento (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo)

NOTA: si su farmacia le informa que no puede surtir su medicamento tal como figura en la receta, le entregará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se llama “**determinación de cobertura**”.

- Nos solicita que paguemos por un medicamento que ya compró. En este caso está solicitando una decisión de cobertura de pago.



Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. El siguiente cuadro puede ayudarle.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que hagamos una excepción con una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación previa) para el medicamento que necesita.	Quiere pedirnos que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya recibió y pagó.	Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea.
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede solicitarnos una decisión de cobertura.	Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que lo reconsideremos).
Comience en 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 de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otra persona que recetó el medicamento debe explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o la eliminación de una restricción de un medicamento a veces se denomina solicitud de **"excepción al formulario"**.

Los siguientes son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que recetó el medicamento pueden pedirnos:



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

3. Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*

- No puede obtener una excepción al monto de copago del medicamento.

4. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto

- Ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* tienen reglas y restricciones adicionales (consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - Estar obligado a utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación previa para que aceptemos cubrir ese medicamento para usted. Eso suele llamarse “autorización previa” (PA).
 - Tener la obligación de probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto suele llamarse “terapia escalonada”.
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad que puede tomar.
- Si aceptamos hacer una excepción por usted y dejamos de lado una restricción, puede solicitar que se exceptúe el monto del copago que debe pagar.

G3. Aspectos importantes que debe saber acerca de solicitar una excepción

Su médico o persona que recetó el medicamento debe informarnos los motivos médicos.

Su médico o la persona que recetó el medicamento debe darnos una declaración explicando las razones médicas para solicitar una excepción. Para tomar una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o persona que recetó el medicamento cuando solicite la excepción.

Nuestra *Lista de medicamentos* a menudo incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Se conocen como medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el medicamento que usted solicita y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción del nivel de cobertura, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido inferiores no le resulten efectivos o puedan causarle una reacción adversa u otro daño.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Podemos aceptar o rechazar su solicitud.

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, la excepción generalmente tiene vigencia hasta el final del año calendario. Esto se cumple siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Para consultar por el tipo de decisión de cobertura que desea, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711), escribanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (o la persona que recetó el medicamento) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (o la persona que recetó el medicamento) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar un representante.
- No es necesario que autorice por escrito a su médico o la persona que recetó el medicamento para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos que le reembolsemos el dinero de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de la *Guía para los Miembros*.
- Si solicita una excepción, proporciónenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico o de la persona que recetó el medicamento para la solicitud de excepción.
- Su médico o la persona que recetó el medicamento pueden enviarnos la declaración de respaldo por fax o correo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviarnos el estado de cuenta por fax o correo.
- Puede enviar solicitudes de determinación de cobertura de forma electrónica a través de un portal seguro para miembros en:
https://www.blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions
 - Seleccionar formularios para miembros

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Iniciar solicitud de determinación de cobertura en línea
- Podrá iniciar el proceso para obtener una autorización previa o una excepción.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”.

Utilizamos las “fechas límite estándar” a menos que aceptemos utilizar las “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción del informe de su médico.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina **“determinación de cobertura acelerada”**.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es por un medicamento que no consiguió. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Su salud o su capacidad para desenvolverse normalmente se verían gravemente perjudicadas si utilizamos la fecha límite estándar.

Si su médico o la persona que recetó el medicamento nos dicen que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptamos y se la concedemos. Le enviamos una carta para informárselo.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su médico o la persona que recetó el medicamento, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su condición no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizamos la fecha límite estándar.
 - Le enviamos una carta que le indica que utilizaremos la fecha límite estándar. La carta también le indica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Fechas límite para una decisión de cobertura rápida

- Si utilizamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le damos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, Le brindamos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no consiguió

- Si utilizamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le damos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le brindamos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días consecutivos posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le reembolsamos el dinero en un plazo de 14 días consecutivos.
- Si **rechazamos** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina **“redeterminación” del plan**.

- Para iniciar su **apelación estándar o rápida**, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (o la persona que recetó el medicamento) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 65 días consecutivos** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si usted no puede cumplir con el plazo y cuenta con una buena razón para ello, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos pueden ser que tuvo una enfermedad grave o que le dimos información incorrecta sobre la fecha límite. Explique el motivo por el cual su apelación se presenta tarde al hacerlo.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina **“redeterminación acelerada”**.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no consiguió, usted y su médico o la persona que recetó el medicamento deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que los de una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a evaluar toda la información sobre su solicitud de cobertura de manera minuciosa.
- Comprobamos si seguimos las reglas al **no aceptar** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos con el fin de obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida en el Nivel 1

- Si utilizamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su apelación.
 - Le damos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionarle la cobertura que aceptamos brindarle dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- Si **rechazamos** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con la explicación de los motivos e información sobre cómo presentar una apelación.

Fechas límite para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si utilizamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no consiguió.
- Le damos nuestra decisión más rápido si no consiguió el medicamento y su condición así lo requiere. Si considera que su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le comunicamos una decisión en un plazo de 7 días consecutivos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **brindar la cobertura** que acordamos brindar tan pronto como lo requiera su salud, pero **a más tardar después de 7 días consecutivos** de recibida su apelación.
- Debemos enviarle el pago de un medicamento que compró **dentro de los 30 días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación.

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta con la explicación de los motivos e información sobre cómo presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de dinero por un medicamento que compró **dentro de los 14 días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación.
 - Si no le comunicamos una decisión en un plazo de 14 días consecutivos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos reembolsarle el dinero en un plazo de 30 días consecutivos posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si **rechazamos** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con la explicación de los motivos e información sobre cómo presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** su Apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilice el proceso de apelaciones de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión de **rechazar** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**”, a veces llamada “**IRE**”.

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico o la persona que recetó el medicamento deben comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Si **rechazamos** su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviaremos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Estas instrucciones indican quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, las fechas límite que debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación ante la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.** Si necesita ayuda para solicitar una copia gratuita del expediente de su caso, llame al 1-888-466-2219.
- Tiene derecho a brindarle a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su Apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le brinda una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Fechas límite para una apelación rápida en el Nivel 2

Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida a la IRO.

- Si la IRO acepta una apelación rápida, debe darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si la IRO **acepta** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionarle la cobertura del medicamento aprobado **dentro de las 24 horas** luego de que la IRO nos comunique su decisión.

Fechas límite para una apelación estándar en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **Dentro de los 7 días consecutivos** posteriores a recibir su apelación por un medicamento que no consiguió.
- **Dentro de los 14 días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que compró.

Si la IRO **acepta** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobado **dentro de las 72 horas** luego de que la IRO nos comunique su decisión.
- Debemos reembolsarle el dinero de un medicamento que compró dentro de los 30 días consecutivos posteriores a que la IRO nos comunique su decisión.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. A esto se le llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO **rechaza** su Apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita cumple con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es inferior al mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta que le indica el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO **rechaza** su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito de continuar con el proceso de apelación, usted:
 - Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
 - Consulte la carta que la IRO le envió después de su Apelación de Nivel 2 para conocer los detalles sobre cómo realizar una Apelación de Nivel 3.

Un juez de derecho administrativo (ALJ) o un mediador independiente gestionan las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Solicitarnos que cubramos una hospitalización más larga

Cuando se le ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos y que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Consulte el **Capítulo 4** de su *Guía para los Miembros* a fin de obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajan con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. También ayudan a organizar la atención que pueda necesitar después de su partida.

- El día en que sale del hospital se llama “fecha del alta”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o le preocupa su atención después de salir de este, puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.

Sin perjuicio de las apelaciones analizadas en esta **Sección H**, también puede presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente para continuar su hospitalización. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente. Puede solicitar una Revisión Médica Independiente además de una Apelación de Nivel 3 o en lugar de ella.

H1. Conocer sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso en el hospital, alguien del hospital, como un enfermero o un asistente social, le entregará un aviso por escrito titulado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan en un hospital.

Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al pie 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 el aviso** atentamente y haga preguntas si no lo comprende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente de un hospital, incluidos sus derechos a:
 - Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Ser parte de cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
 - Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Apelar si cree que le darán el alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y comprende sus derechos.
 - Usted o una persona que actúe en su nombre pueden firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que usted acepta una fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan indicado.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Si firma el aviso más de dos días antes del día en que salga del hospital, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Para ver una copia del aviso con anticipación, puede:

- Llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al pie de la página
- Llamar a Medicare al 1-800 MEDICARE (1800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visitar www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si desea que cubramos sus servicios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, presente una apelación. La Organización de Mejora de la Calidad (QIO) revisa la Apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

La QIO está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que reciben un salario del gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No son parte de nuestro plan.

En California, la QIO es Livanta. Puede llamarlos al (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668]. La información de contacto también está en el aviso, “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y a más tardar en la fecha de alta planificada.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada sin pagar mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Como las hospitalizaciones están cubiertas tanto por Medicare como por Medi-Cal, si la Organización de Mejora de la Calidad no responde a su solicitud de continuar con su hospitalización, o si cree que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave para su salud o si tiene un dolor intenso, también puede presentar una queja o solicitar una Revisión Médica Independiente al Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al pie de la página.
- Llame al Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222.

Solicite una apelación rápida. Actúe rápidamente y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta planificada. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les brindaron en el hospital y en nuestro plan.
- Antes del mediodía del día posterior a que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibe una carta con la fecha de alta planificada. La carta también brinda los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta correcta y médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación escrita es “**Aviso Detallado de Alta**”. Puede obtener una muestra llamando a Servicio al Cliente a los números que aparecen al pie 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). También puede consultar una muestra del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Dentro de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la QIO le dará la respuesta a su apelación.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Proporcionaremos los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Creen que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura de sus servicios para pacientes hospitalizados finalizará el mediodía del día posterior a que la QIO responda a su apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la QIO responda a su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación de Nivel 1 **y** usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada.

H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la QIO que vuelva a revisar la decisión que se tomó en la Apelación de Nivel 1. Puede llamarlos al (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668].

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días consecutivos** posteriores al día en que la QIO **rechazó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre la Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días consecutivos posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la QIO rechazó su Apelación de Nivel 1.
- Proporcionaremos los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Está de acuerdo con su decisión sobre la Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- Le entregará una carta que indica lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.



- También puede presentar una queja o solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente para continuar su hospitalización. Consulte la **Sección E4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente.

Un juez de derecho administrativo (ALJ) o un mediador independiente gestionan las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección comprende únicamente tres tipos de servicios que puede recibir:

- servicios de salud en el hogar
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada **y**
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un establecimiento de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a recibir los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos informarle **antes** de que finalicen sus servicios. Cuando finaliza la cobertura de ese servicio, dejamos de pagarlo.

Si cree que vamos a finalizar la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Este se denomina “Aviso de No Cobertura de Medicare”. El aviso le informa la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



12. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si cree que vamos a finalizar la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Comprenda y cumpla las fechas límite que se aplican a los pasos que debe seguir. Nuestro plan también debe respetar las fechas límite. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al pie de la página.
 - Llame al HICAP al 1-800-434-0222.
- **Contacte a la QIO.**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con esta.
 - Pídeles que revisen su apelación y decidan si deben cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápidamente y solicite una “apelación por vía rápida”.** Pregunte a la QIO si es médicamente apropiado que cancelemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para contactar a esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para comenzar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor del “Aviso de falta de cobertura de Medicare” que le enviamos.
- Si la Organización de Mejora de la Calidad no responde a su solicitud de continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica, o si cree que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave para su salud o si tiene un dolor intenso, puede presentar una queja o solicitar una Revisión Médica Independiente al Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



El término legal para el aviso por escrito es “**Aviso de No Cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia, llame a Servicio al Cliente a los números que aparecen al pie 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. U obtenga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

¿Qué sucede durante una apelación por vía rápida?

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería continuar. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que nuestro plan les brindó.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito que explica nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación Detallada de No Cobertura**”.

- Los revisores proporcionan su decisión dentro de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Proporcionaremos los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejamos de pagar los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.
- Usted paga el costo total de esta atención si decide continuar con los servicios de salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del CORF después de la fecha en que finaliza su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



13. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la QIO que vuelva a revisar la decisión que se tomó en la Apelación de Nivel 1. Puede llamarlos al (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668].

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días consecutivos** posteriores al día en que la QIO **rechazó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continúa recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre la Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días consecutivos posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le reembolsamos los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.
- Brindaremos cobertura de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Está de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiará.
- Le entregará una carta que indica lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.
- Puede presentar una queja o solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente para continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica. Consulte la **Sección F4** para saber cómo solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC. Puede presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC además o en lugar de una Apelación de Nivel 3.

Un juez de derecho administrativo (ALJ) o un mediador independiente gestionan las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.



J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y suministros de Medicare

Si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para servicios o suministros de Medicare y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles de apelación adicionales.

Si el valor en dólares del servicio o suministro de Medicare que apeló no alcanza un determinado monto mínimo en dólares, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la IRO para su Apelación de Nivel 2 explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia con un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un mediador independiente que trabaja para el Gobierno federal.

Si el ALJ o el mediador independiente **aceptan** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en conflicto.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizarle o brindarle el servicio dentro de los 60 días consecutivos posteriores a la recepción de la decisión del ALJ o del mediador independiente.
 - Si el ALJ o el mediador independiente **rechazan** su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.
- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Si el Consejo **acepta** su Apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de Apelación de Nivel 3 que le sea favorable, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizarle o brindarle el servicio dentro de los 60 días consecutivos posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.

Si el Consejo **rechaza** o deniega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación y toda la información y decidirá si **acepta** o **rechaza** la apelación. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal de Distrito Federal.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación está relacionada con servicios o suministros que Medi-Cal generalmente cubre. La carta que reciba de la División de Audiencias del Estado le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación. Si no está de acuerdo con la decisión de la Audiencia del Estado y desea que otro juez la revise, puede solicitar una nueva audiencia y/o solicitar una revisión judicial.

Para solicitar una nueva audiencia, envíe una solicitud por escrito (una carta) a:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Esta carta debe enviarse dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su decisión. Esta fecha límite puede ampliarse hasta 180 días si tiene un buen motivo para la demora.

En su solicitud de nueva audiencia, indique la fecha en que recibió su decisión y por qué se le debe conceder una nueva audiencia. Si desea presentar evidencia adicional, descríbala y



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

explique por qué la carta no se presentó antes y cómo cambiaría la decisión. Puede comunicarse con los servicios legales para obtener ayuda.

Para solicitar una revisión judicial, debe presentar una petición ante el Tribunal Superior (según la Sección 1094.5 del Código de Procedimiento Civil) dentro de un año después de recibir su decisión. Presente su petición en el Tribunal Superior del condado mencionado en su decisión. Puede presentar esta petición sin solicitar una nueva audiencia. No se requieren cargos de presentación. Es posible que tenga derecho a honorarios y costas legales razonables si el tribunal emite una decisión final a su favor. Si se realizó una nueva audiencia y usted no está de acuerdo con la decisión de esta, puede solicitar una revisión judicial pero no puede solicitar otra nueva audiencia.

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un determinado monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. La respuesta escrita que recibe a su Apelación de Nivel 2 explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia con un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un mediador independiente que trabaja para el Gobierno federal.

Si el ALJ o el mediador independiente **aceptan** su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas en caso de una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días consecutivos después de recibir la decisión.

Si el ALJ o el mediador independiente **rechazan** su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.



- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas en caso de una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días consecutivos después de recibir la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación y toda la información y decidirá si **acepta** o **rechaza** la apelación. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal de Distrito Federal.

K. Cómo presentar una queja

K1. ¿Ante qué tipo de problemas se puede presentar una queja?

El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención médica, tiempos de espera, coordinación de la atención y servicio al cliente. A continuación se muestran ejemplos de los tipos de problemas ante los cuales se puede iniciar el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	No le satisface la calidad de la atención médica, como por ejemplo la atención que recibió en el hospital.
Respeto a su privacidad	Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos.	- Un proveedor o proveedor de atención médica fue grosero con usted o le faltó el respeto. - Nuestro personal lo trató mal. - Cree que lo están expulsando de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	- No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. - Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma distinto del inglés que usted habla (como el lenguaje de señas americano o el español). - Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	- Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla. - Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicio al Cliente u otro personal del plan le hacen esperar demasiado.
Limpieza	Cree que la clínica, el hospital o el consultorio médico no están limpios.



Queja	Ejemplo
Información que recibe de nosotros	• Cree que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido. • Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Puntualidad relacionada con decisiones de cobertura o apelaciones	• Cree que no cumplimos con nuestras fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Piensa que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobarle o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. • Considera que no enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Una queja interna es presentada ante y revisada por nuestro plan. Una queja externa es presentada ante y revisada por una organización no afiliada a nuestro plan. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar a Servicio al Cliente al 1-800-452-4413 (TTY: 711).

Los términos legales para esto son “queja” y “**presentar una queja**”.

El término legal para "presentar una queja" es "**presentar una queja**".

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja está relacionada con un medicamento de la Parte D de Medicare, deberá presentarla **dentro de los 60 días consecutivos** posteriores a haber tenido el problema del que desea quejarse.

- Si hay algo más que deba hacer, Servicio al Cliente se lo informará.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- También puede enviarnos su queja por escrito. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Así es como funciona:

- Paso 1: Presentar una queja
- Para comenzar el proceso, llame a un representante de Servicio al Cliente dentro de los 60 días consecutivos posteriores al evento y solicite presentar una queja. También puede presentar una queja por escrito dentro de los 60 días consecutivos posteriores al evento enviándola a:

Blue Shield TotalDual Plan
Departamento de Apelaciones y Quejas
P.O. Box 927
Woodland Hills, CA 91365-9856
FAX: (916) 350-6510

- Si se comunica con nosotros por fax o por correo, llámenos para solicitar un Formulario de Quejas y Apelaciones de Blue Shield TotalDual Plan. Le enviaremos una carta informándole que recibimos el aviso de su inquietud dentro de los 5 días consecutivos y le daremos el nombre de la persona que está trabajando en ello. Normalmente lo resolveremos en un plazo de 30 días consecutivos.
- Si solicita una “queja acelerada” porque decidimos no darle una “decisión rápida” o una “apelación rápida”, enviaremos su solicitud a un director médico que no haya participado en nuestra decisión original. Es posible que le preguntemos si tiene información adicional que no estaba disponible en el momento en que solicitó una “decisión inicial rápida” o una “apelación rápida”. El director médico revisará su solicitud y decidirá si nuestra decisión original fue apropiada. Le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de las 24 horas posteriores a su solicitud de una “queja acelerada”. Debemos abordar su queja tan rápido como lo requiera su caso según su estado de salud, pero a más tardar 30 días consecutivos después de recibida su queja.

Paso 2: Audiencia de queja

- Si no está conforme con la resolución de su queja relacionada con un problema de calidad de la atención médica, puede presentar una solicitud de audiencia de queja por escrito al Departamento de Apelaciones y Quejas de Blue Shield Medicare. Dentro de los 31 días consecutivos posteriores a su solicitud por escrito, formaremos un panel para escuchar su caso. Se le invitará a asistir a la audiencia, que incluye a un médico no involucrado y un

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



representante del Departamento de Resolución de Apelaciones y Quejas. Podrás asistir presencialmente o por teleconferencia. Después de la audiencia, le enviaremos una carta de resolución final.

- Si no está conforme con la resolución de su queja no relacionada con la calidad de la atención médica, como tiempos de espera, falta de respeto, servicio al cliente o limpieza, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan para solicitar una revisión adicional.

El término legal para “queja rápida” es “queja acelerada”.

Si es posible, le respondemos enseguida. Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que le respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días consecutivos. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días consecutivos porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También proporcionamos una actualización de estado y el tiempo estimado para que obtenga la respuesta.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le presentamos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o apelar, automáticamente le presentamos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o la totalidad de su queja, se lo informaremos y le daremos nuestros motivos. Respondemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informarle a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El formulario de queja de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. No es necesario presentar una queja ante Blue Shield TotalDual Plan antes de presentar una queja ante Medicare.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar 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 una queja ante el defensor de los derechos del paciente de la división de Atención Médica Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica 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.

Puede presentar una queja 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 quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Para asuntos que no son urgentes, puede presentar una queja ante el DMHC si no está de acuerdo con la decisión de su apelación de Nivel 1 o si el plan no ha resuelto su queja después de 30 días consecutivos. No obstante, puede comunicarse con el DMHC sin presentar una apelación de Nivel 1 si necesita ayuda con una queja que involucra un problema urgente o una amenaza grave e inmediata para su salud, si tiene un dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión de nuestro plan en relación con su queja o si nuestro plan no ha resuelto su queja después de 30 días consecutivos.

Puede obtener asistencia del Centro de Ayuda mediante las siguientes dos formas:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas sordas, con problemas auditivos o 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 (OCR)

Puede presentar una queja ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si cree que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con discapacidad o la asistencia lingüística. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para más información.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



También puede comunicarse con la oficina local de la OCR en:

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 según la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y la Ley de Enmiendas de 2008 (P.L. 110-325). Puede comunicarse con el Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medi-Cal para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-888-452-8609.

QIO

Si su queja es sobre la calidad de la atención médica, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica directamente a la QIO.
- Puede presentar su queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, trabajamos con ellos para resolverla.

La QIO está conformada por un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica que reciben un salario del Gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de su *Guía para los Miembros*.

En California, la QIO se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668].



Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de abandonar nuestro plan. Si abandona nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medi-Cal mientras 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.....	257
B. Cómo cancelar la membresía en nuestro plan.....	258
C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.....	259
C1. Sus servicios de Medicare.....	259
C2. Sus servicios de Medi-Cal	262
D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan	263
E. Otras situaciones en las que se cancela su membresía en nuestro plan	263
F. Normas que prohíben que le pidamos que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud.....	265
G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	265
H. Cómo obtener más información para cancelar su membresía en el plan	265



A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertas épocas del año. Dado que usted tiene Medi-Cal, tiene algunas opciones para finalizar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos de cada año:

- El **período de inscripción anual**, que se extiende del 15 de octubre al 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 de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que dura del 1 de enero al 31 de marzo y también para nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan, desde el mes en que comienzan a tener derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3^{er} mes de derecho. 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:

- se muda fuera de nuestra área de servicio,
- su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda Adicional cambió o
- si se mudó recientemente, actualmente está recibiendo atención en o acaba de mudarse de un centro de enfermería u hospital de cuidados a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibimos su solicitud de cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo cancelar su membresía llamando a: Servicio al Cliente al número que aparece al final de esta página. El número para usuarios de TTY también está incluido.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- 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.
- Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud de California (HICAP) 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. 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 de los Derechos del Paciente de la división de Atención 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 MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

NOTA: si está en un programa de administración de medicamentos (DMP), 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 la membresía en nuestro plan

Si decide finalizar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Medicare Original. No obstante, si desea cambiar de nuestro plan a Medicare Original pero no ha seleccionado un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que se cancele su membresía en nuestro plan. Hay dos maneras en las que puede pedir que se le dé de baja:

- Puede solicitárnoslo por escrito. Comuníquese con Servicio al Cliente al número que aparece al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas 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. El cuadro de la página 242 contiene más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando abandona nuestro plan.
- Llame a Opciones de Atención Médica al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- La Sección C a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también finalizará su membresía en nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir los siguientes servicios de Medicare en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertas épocas del año, incluido el **período de inscripción anual** y el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, cancela automáticamente su membresía en nuestro plan.

1. Se puede cambiar a: Un plan Medicare Medi-Cal (plan Medi-Medi), que es un tipo de plan Medicare Advantage. Es para personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un mismo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Nota: el término Plan Medi-Medi es el nombre para los planes integrados de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP) en California.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Cobertura Médica Total para Personas de la Tercera Edad (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: Llame al Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud de California (HICAP) 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/. O Puede inscribirse en un nuevo plan Medi-Medi. Su membresía en nuestro plan Medicare se cancela automáticamente cuando comienza la cobertura de su nuevo plan. Su plan Medi-Cal cambiará para que coincida con su plan Medi-Medi.
--	---

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



2. Se puede cambiar a: Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud de California (HICAP) 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/. O Puede inscribirse en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su membresía en nuestro plan se cancela automáticamente cuando comience su cobertura Medicare Original.
---	--



3. Se puede cambiar a: Medicare Original sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare NOTA: si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted indique que no desea inscribirse. Solo es recomendable cancelar la cobertura de medicamentos recetados si tiene cobertura de medicamentos de otro plan, como el patrocinado por un empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud de California (HICAP) 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 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud de California (HICAP) 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/. Su membresía en nuestro plan se cancela automáticamente cuando comience su cobertura Medicare Original.
---	---



4. Se puede cambiar a: Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertas épocas del año, incluido el período de inscripción anual y el período de inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Cobertura Médica Total para Personas de la Tercera Edad (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud de California (HICAP) 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/. O Puede inscribirse en un nuevo plan Medicare. Su membresía en nuestro plan Medicare se cancela automáticamente cuando comienza la cobertura de su nuevo plan. Su plan Medi-Cal podría cambiar.
--	--

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene alguna pregunta sobre cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de dejar nuestro plan, comuníquese 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. Pregunte cómo se verá afectada su cobertura de Medi-Cal si se inscribe en otro plan o regresa a Medicare Original.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si abandona nuestro plan, puede pasar algún tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, usted seguirá recibiendo sus medicamentos recetados y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- Utilice las farmacias de nuestra red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de entrega a domicilio, para surtir sus recetas.
- Si se encuentra en el hospital el día en que finaliza su membresía en Blue Shield TotalDual Plan, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den el alta.

E. Otras situaciones en las que se cancela su membresía en nuestro plan

Estos son casos en los que debemos finalizar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para Medi-Cal Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medi-Cal. Nota: si ya no cumple con los requisitos para Medi-Cal, puede continuar temporalmente en nuestro plan con los beneficios de Medicare; consulte la información a continuación sobre el período de consideración.
 - Los beneficiarios de Medicare que se inscriban en Blue Shield TotalDual Plan deben ser elegibles tanto para la Parte A como para la Parte B de Medicare y Medi-Cal (Medicaid). Si ya no es elegible para Medi-Cal (Medicaid), le notificaremos la pérdida del estado de Medi-Cal (Medicaid) y continuaremos cubriendo sus beneficios de Medicare hasta que pueda calificar nuevamente para Medi-Cal (Medicaid) dentro de los 6 meses posteriores a la notificación de la pérdida del estado de necesidades especiales. Es posible que vea un aumento en los costos de bolsillo (coseguro, copago, primas o deducibles) durante los 6 meses en que todavía está en el plan pero no tiene cobertura de Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



- Ampliamos la oportunidad de cambiar a uno de nuestros planes de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP) que no sean de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO). El plan D-SNP no HMO se ofrece a beneficiarios que tienen derecho tanto a la Parte A como a la Parte B de Medicare, pero no tienen beneficios de Medi-Cal (Medicaid). Medicare permite un Período de Inscripción Especial (SEP) para los beneficiarios de Medicare que ya no son elegibles para Medi-Cal (Medicaid).
- Si no vuelve a calificar para Medi-Cal (Medicaid) o acepta la oportunidad de cambiarse a un plan D-SNP no HMO dentro de los 6 meses posteriores a la notificación de la pérdida del estado de necesidades especiales, su membresía en Blue Shield TotalDual Plan se cancelará involuntariamente.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicio al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene para medicamentos recetados.
- Si no es ciudadano estadounidense o no está presente legalmente en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
 - Debemos cancelar su membresía si no cumple con este requisito.

Podemos obligarle a abandonar nuestro plan por los siguientes motivos solo si primero obtenemos el permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.



- Si se comporta continuamente de una manera que sea perjudicial y nos dificulte brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de N.º de identificación de miembro para obtener atención médica. (Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso si cancelamos su membresía por este motivo).

F. Normas que prohíben que le pidamos que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para cancelarla. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja 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.

H. Cómo obtener más información para cancelar su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo cancelar su membresía, puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.



Si tiene alguna pregunta, 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 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 clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para los Miembros*

Índice

A. Aviso sobre leyes	267
B. Aviso sobre no discriminación.....	267
C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso.....	268
D. Aviso sobre la recuperación del patrimonio de Medi-Cal	268
E. Administración de la <i>Guía para los Miembros</i>	269
F. Cooperación de miembros	269
G. Cesión	269
H. Responsabilidad del empleador	269
I. Responsabilidad de la agencia gubernamental	269
J. Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.	270
K. Beneficios de compensación laboral o responsabilidad del empleador	270
L. Recuperación de pago excedente.....	270
M. Cuando un tercero causa las lesiones	270
N. Aviso sobre la participación en el intercambio de información médica	271
O. Cómo reportar casos de fraude, derroche y abuso.....	272



A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a esta *Guía para los Miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades incluso si no están incluidas o explicadas en la *Guía para los Miembros*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales y estatales sobre los programas Medicare y Medi-Cal. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

No discriminamos ni tratamos de manera diferente a las personas debido a su raza, etnia, origen nacional, color de piel, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, no discriminamos ilegalmente, excluimos ni tratamos a las personas de manera diferente debido a su ascendencia, identificación de grupo étnico, identidad de género, estado civil o condición médica.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes 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 www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud al 916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones). Si considera que ha sufrido discriminación y desea presentar una queja al respecto, comuníquese con:
 - Envíe un correo electrónico a: CivilRights@dhcs.ca.gov
 - Llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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 queja están disponibles en:

dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Si su queja está relacionada con un acto de discriminación en el programa de Medi-Cal, también puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica. Puede hacerlo por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: Llame al 916-440-7370. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Por escrito: Llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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 queja están disponibles en
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Por vía electrónica: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso

A veces otra entidad debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si sufre un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, el seguro o la Compensación Laboral deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y reglamentaciones estatales y federales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros para los servicios de atención médica de los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

D. Aviso sobre la recuperación del patrimonio de Medi-Cal

El programa Medi-Cal debe solicitar el reembolso de los patrimonios testamentarios de ciertos miembros fallecidos por los beneficios de Medi-Cal recibidos al cumplir 55 años o después. El reembolso incluye primas de pago por servicio y atención administrada/pagos de capitación por

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



servicios de centros de reposo, servicios domiciliarios y comunitarios y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados relacionados que se recibieron cuando el miembro estaba hospitalizado en un centro de reposo o recibía servicios domiciliarios y comunitarios. El reembolso no puede exceder el valor del patrimonio testamentario de un miembro.

Para obtener más información, visite la página web de recuperación de patrimonio del Departamento de Servicios de Atención Médica en www.dhcs.ca.gov/er o llame al 916-650-0590.

E. Administración de la *Guía para los Miembros*

Podemos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficiente de esta *Guía para los Miembros*.

F. Cooperación de miembros

Usted debe completar todas las solicitudes, formularios, declaraciones, divulgaciones, autorizaciones, formularios de derecho de embargo y cualquier otro documento que solicitemos en el curso normal de las actividades comerciales o según se especifica en esta *Guía para los Miembros*.

G. Cesión

No puede ceder esta *Guía para los Miembros* ni ninguno de los derechos, intereses, reclamos de dinero adeudado, beneficios u obligaciones en virtud de la presente sin nuestro consentimiento previo por escrito.

H. Responsabilidad del empleador

Ante cualquier servicio que la ley exija que sea proporcionado por un empleador, no le pagaremos al empleador y, si cubrimos dicho servicio, podemos recuperar el valor de los servicios del empleador.

I. Responsabilidad de la agencia gubernamental

Ante cualquier servicio que la ley exija que sea proporcionado o recibido únicamente por una agencia gubernamental, no le pagaremos a la agencia gubernamental y, si cubrimos dicho servicio, podemos recuperar el valor de los servicios de la agencia gubernamental.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



J. Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.

Ante cualquier servicio para enfermedades que la ley exija que sea proporcionado por el Departamento de Asuntos de Veteranos, no le pagaremos al Departamento de Asuntos de Veteranos y, si cubrimos dicho servicio, podemos recuperar el valor de los servicios del Departamento de Asuntos de Veteranos.

K. Beneficios de compensación laboral o responsabilidad del empleador

Usted puede ser elegible para recibir pagos u otros beneficios según la ley de compensación laboral o de responsabilidad del empleador. Le proporcionaremos 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 proporcione beneficios o de quien se deba un beneficio.
2. De usted, en la medida en que un beneficio se proporcione o sea pagadero o se hubiera requerido que se proporcione o sea pagadero en caso de que usted hubiera buscado diligentemente establecer sus derechos a los beneficios bajo cualquier ley de compensación laboral o responsabilidad del empleador.

L. Recuperación de pago excedente

Podemos recuperar cualquier pago excedente que realicemos por servicios de cualquier persona que reciba dicho pago excedente o de cualquier persona u organización obligada a pagar por los servicios.

M. Cuando un tercero causa las lesiones

Si se lesiona o se enferma debido al acto u omisión de otra persona (un “tercero”), Blue Shield, con respecto a los Servicios requeridos como resultado de esa lesión, proporcionará los Beneficios del Plan y tendrá un derecho equitativo a la restitución, reembolso u otro recurso disponible para recuperar los montos que Blue Shield pagó por los Servicios que le brindó a usted a partir de cualquier recuperación (según se define a continuación) obtenida por usted o en su nombre, del o en nombre del tercero responsable de la lesión o enfermedad o de un conductor sin seguro o con cobertura de seguro insuficiente.

Este derecho a restitución, reembolso u otro recurso disponible es contra cualquier recuperación que reciba como resultado de la lesión o enfermedad, incluido cualquier monto otorgado o recibido mediante sentencia judicial, laudo arbitral, acuerdo o cualquier otro arreglo,

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



de cualquier tercero o aseguradora del tercero, o de cobertura de un conductor sin seguro o con cobertura de seguro insuficiente, en relación con la enfermedad o lesión (la “Recuperación”), sin importar si la Recuperación lo ha “compensado”. El derecho a restitución, reembolso u otro recurso disponible es con respecto a la parte de la Recuperación total que se debe por los Beneficios pagados en relación con dicha lesión o enfermedad, calculada de acuerdo con la Sección 3040 del Código Civil de California.

Usted tiene la obligación de:

1. Notificar a Blue Shield por escrito sobre cualquier reclamo o acción legal real o potencial que espera presentar o ha presentado contra el tercero como resultado de los presuntos actos u omisiones que causaron la lesión o enfermedad, a más tardar 30 días después de presentar un reclamo o acción legal contra el tercero y,
2. Aceptar cooperar plenamente y ejecutar cualquier formulario o documento necesario para hacer cumplir este derecho a restitución, reembolso u otros recursos disponibles y,
3. Aceptar por escrito reembolsar a Blue Shield los Beneficios pagados por Blue Shield de cualquier Recuperación cuando la Recuperación se obtiene de o en nombre del tercero o de la aseguradora del tercero, o de la cobertura del conductor sin seguro o con cobertura de seguro insuficiente y,
4. Proporcionar un derecho de embargo calculado de acuerdo con la sección 3040 del Código Civil de California. El derecho de embargo puede presentarse ante el tercero, el agente o abogado del tercero, o el tribunal, a menos que la ley lo prohíba de otro modo y,
5. Responder periódicamente a las solicitudes de información sobre el reclamo contra el tercero y notificar a Blue Shield, por escrito, dentro de los diez (10) días posteriores a la obtención de cualquier Recuperación.

Su incumplimiento de los puntos 1 a 5 anteriores no implicará de ninguna manera una exención, descargo o renuncia a los derechos de Blue Shield.

N. Aviso sobre la participación en el intercambio de información médica

Blue Shield participa en el intercambio de información médica de Manifest MedEx (“HIE”) y pone la información de salud de sus miembros a disposición de Manifest MedEx para que sus proveedores de atención médica autorizados puedan acceder a ella. 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 atención médica y compañías de seguros médicos. Los proveedores de atención médica autorizados (incluidos médicos, enfermeros y

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



hospitales) pueden acceder de forma segura a la información médica de sus pacientes a través de Manifest MedEx HIE para respaldar la prestación de atención médica segura y de alta calidad.

Manifest MedEx respeta el derecho de los miembros a la privacidad y sigue las leyes de privacidad estatales y federales pertinentes. Manifest MedEx utiliza sistemas de seguridad avanzados y técnicas modernas de cifrado de datos para proteger la privacidad de los miembros y la seguridad de su información personal.

Cada miembro de Blue Shield tiene derecho a ordenar a Manifest MedEx que no comparta su información médica con sus proveedores de atención médica. Aunque optar por no participar en Manifest MedEx puede limitar la capacidad de su proveedor de atención médica para acceder rápidamente a información importante sobre su atención médica, el seguro médico o la cobertura de beneficios del plan de salud de un miembro no se verán afectados por la elección de no participar en Manifest MedEx. Ningún médico u hospital que participe en Manifest MedEx negará la atención médica a un paciente que decida no participar en Manifest MedEx HIE.

Los miembros que no deseen que su información de atención médica se muestre en Manifest MedEx deben completar el formulario en línea en <https://www.manifestmedex.org/opt-out> o llamar a Manifest MedEx al (888) 510-7142, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. hora estándar del Pacífico (PST). TTY: 711 para personas con dificultades auditivas.

O. Cómo reportar casos de fraude, derroche y abuso

¿Qué es el fraude, derroche y abuso (FWA)?

- El **fraude** es una tergiversación intencional que puede resultar en costos no autorizados para un programa de atención médica.
- El **derroche** es el uso inadecuado de fondos o recursos sanitarios sin una necesidad justificable de hacerlo.
- El **abuso** es una práctica que es inconsistente con prácticas médicas o comerciales sólidas que pueden resultar directa o indirectamente en costos innecesarios para un programa de atención médica.

Protéjase a usted y sus beneficios

- Nunca dé sus números de Seguro Social, Medicare o plan de salud ni información bancaria a alguien que no conoce.
- No dé su consentimiento para ninguna prueba de laboratorio sin la orden de su médico.
- Es ilegal aceptar cualquier cosa de valor a cambio de servicios médicos.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.



Tenga cuidado con el fraude de pruebas genéticas

Los estafadores se acercan a miembros desprevenidos en ferias de salud locales, residencias para personas mayores, centros comunitarios, agencias de atención médica domiciliaria y otros lugares confiables para realizar fraudes de pruebas genéticas. Prometen falsamente que Medicare pagará la prueba y usted simplemente debe hacerse un hisopado de la mejilla y proporcionar su identificación e información de Medicare para recibir los resultados de la prueba.

Desafortunadamente, ahora estos estafadores tienen su plan de salud o número de Medicare y pueden facturarle a Medicare miles de dólares por pruebas o incluso servicios que usted nunca recibe. También tienen su información genética personal.

Para reportar sospechas de fraude, derroche y abuso, póngase en contacto con:

- **Línea directa contra fraudes 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).



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave que se utilizan en la Guía *para los Miembros* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no encuentra el término que busca o si necesita más información que la que incluye una definición, comuníquese con Servicio al Cliente.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Actividades de la vida diaria (ADL): lo que la gente hace en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Juez de fuero administrativo: juez que revisa una apelación de nivel 3.

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP): programa que ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH esenciales para vivir.

Centro quirúrgico ambulatorio: establecimiento que brinda cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Apelación: una manera en la que usted puede cuestionar nuestras medidas si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. En el **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros* se explica el proceso de apelaciones, incluso cómo presentarlas.

Salud conductual: término integral que se refiere a los servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias.

Producto biológico: medicamento recetado que se obtiene a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Ver también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: medicamento biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por producto biológico original en la farmacia sin necesitar una nueva receta. (Ver “Biosimilar intercambiable”).

Medicamento de marca: medicamento recetado que es fabricado y vendido por la empresa que lo fabricó originalmente. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos suelen ser fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Coordinador(a) de atención médica: persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Plan de atención médica: consulte “Plan de atención médica personalizado”.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información,** visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios opcionales de planes de atención médica (servicios CPO): servicios adicionales que son opcionales según su plan de atención médica personalizado (ICP). Estos servicios no tienen como fin reemplazar los servicios y recursos de apoyo a largo plazo que usted está autorizado a recibir según Medi-Cal.

Equipo de atención: consulte “Equipo de cuidados disciplinario”.

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 comunicarse con los CMS.

Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS): programa de servicios para pacientes ambulatorios en un establecimiento que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacionales y del habla, cuidado personal, capacitación y apoyo para familias/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a miembros elegibles que cumplan con los criterios de elegibilidad aplicables.

Queja: declaración escrita o verbal que indica que tiene un problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El término formal para esto es “presentar una queja”.

Establecimiento de rehabilitación ambulatoria integral (CORF): establecimiento que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Proporciona una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno hogareño.

Copago: monto fijo que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe ciertos servicios o medicamentos recetados. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un servicio o un medicamento recetado.

Costos compartidos: montos que tiene que pagar cuando obtiene ciertos servicios o medicamentos recetados. El costo compartido incluye los copagos.

Nivel de costos compartidos: grupo de medicamentos que tienen el mismo copago. Todos los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como la Lista de medicamentos) están en uno de cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor es el nivel de los costos compartidos, más elevado el costo del medicamento.

Decisión de cobertura: decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. El **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información**, visite www.blueshieldca.com/medicare.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: término general que utilizamos para referirnos a toda la atención médica, servicios y recursos de apoyo a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación en competencias culturales: capacitación que brinda instrucción adicional a nuestros proveedores de atención médica y que les ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Servicio al Cliente: departamento en nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre Servicio al Cliente.

Departamento de Servicios de Salud (DHCS): el departamento estatal de California que administra el programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC): el departamento estatal de California responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones y quejas relacionadas con los servicios de Medi-Cal. El DMHC también se encarga de las Revisiones Médicas Independientes (IMR).

Cancelación de la membresía: el proceso de poner fin a su membresía en nuestro plan. La cancelación de la membresía puede ser voluntaria (por elección propia) o involuntaria (no por elección propia).

Programa de gestión de medicamentos (DMP): programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Niveles de medicamentos: grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento que figura en la lista de medicamentos pertenece a uno de cinco niveles.

Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP): plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.



Equipo médico duradero (DME): ciertos artículos que su médico prescribe para usar en su propio hogar. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctricos, suministros para diabéticos, camas ortopédicas ordenadas por un proveedor para uso doméstico, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o deterioro grave de una función corporal (y si es mujer embarazada, la pérdida del niño por nacer). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos brindados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Excepción: permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

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 primas, deducibles y copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “Programa de Subsidios por Ingresos Bajos” o “LIS”.

Medicamento genérico: medicamento recetado aprobado por el gobierno federal para su uso en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Generalmente es más barato y tiene el mismo efecto que el medicamento de marca.

Queja: tipo de queja que presenta sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio brindado por su plan de salud.

Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (HICAP): un programa que proporciona información y asesoramiento gratuitos y objetivos sobre Medicare. El **Capítulo 2** de su *Guía para los Miembros* explica cómo comunicarse con HICAP.

Plan de salud: organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención médica para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información,** visite www.blueshieldca.com/medicare.



Evaluación de riesgos para la salud (HRA): una revisión de su historial médico y estado actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Proveedor de entrega a domicilio: algunos planes pueden ofrecer un programa de entrega a domicilio que le permite obtener un suministro de hasta 3 meses de sus medicamentos recetados cubiertos que se envía directamente a su hogar. Esta puede ser una forma rentable y conveniente de surtir los medicamentos recetados que toma con regularidad.

Auxiliar de atención médica en el hogar: persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los auxiliares de atención médica domiciliaria no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Cuidados para enfermos terminales: programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal indica que una persona ha sido certificada médicamente como enferma terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Una persona inscrita que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir cuidados para enfermos terminales.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores brinda atención integral a la persona, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Tenemos la obligación de brindarle una lista de proveedores de cuidados para enfermos terminales en su área geográfica.

Facturación inadecuada/inapropiada: situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura un monto mayor a nuestro monto de costo compartido por los servicios. Llame a Servicio al Cliente si recibe alguna factura que no comprende.

Dado que pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** debe ningún costo compartido. Los proveedores no deberían facturarle por estos servicios.

Servicios de Asistencia en el Hogar (IHSS): el programa IHSS ayudará a pagar servicios que se le presten para que pueda quedarse en su propio hogar sin correr riesgos. IHSS se considera una alternativa a la atención fuera del hogar, como residencias de reposo o establecimientos de pensión y cuidados. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través del IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (como cuidado de los intestinos y la vejiga, baño, arreglo personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para personas con discapacidad mental. Las agencias de servicios sociales del condado se encargan de la administración de los IHSS.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información,** visite www.blueshieldca.com/medicare.



Revisión Médica Independiente (IMR): si denegamos su solicitud de servicios o tratamiento médicos, puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema está relacionado con un servicio de Medi-Cal, incluidos medicamentos y suministros DME, puede solicitar una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso por parte de médicos que no forman parte de nuestro plan. Si la decisión de la IMR es a su favor, debemos brindarle el servicio o tratamiento que usted solicitó. Una IMR no tiene costo para usted.

Organización de revisión independiente (IRO): organización independiente contratada por Medicare que revisa las apelaciones de nivel 2. No está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Plan de atención médica personalizado (ICP o Plan de atención médica): plan que detalla los servicios que obtendrá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios para los trastornos de la conducta y servicios y recursos de apoyo a largo plazo.

Paciente hospitalizado: término que se utiliza cuando la persona es ingresada formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es ingresado formalmente, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche en el hospital.

Equipo de cuidados interdisciplinario (ICT o equipo de atención médica): equipo de atención médica puede incluir médicos, enfermeros/as, consejeros u otros profesionales de la salud que están ahí para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención médica también le ayuda a elaborar un plan de atención.

D-SNP integrado: plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en el marco de un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas se conocen como personas con doble elegibilidad de beneficios completos.

Biosimilar intercambiable: biosimilar que se puede sustituir en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): lista de medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le indica si hay alguna regla que deba seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se denomina “formulario”.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información,** visite www.blueshieldca.com/medicare.



Servicios y Recursos de Apoyo a Largo Plazo (LTSS): los servicios y recursos de apoyo a largo plazo ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de reposo u hospital. Los LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS), también conocidos como Atención Médica Diurna para Adultos (ADHC), centros de enfermería (NF) y servicios de apoyo comunitarios. Los programas de exención IHSS y 1915(c) son LTSS de Medi-Cal que se brindan fuera de nuestro plan.

Programa de Subsidios por Ingresos Bajos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”

Medi-Cal: este es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y lo pagan el Gobierno estatal y federal.

- Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y recursos de apoyo a largo plazo (LTSS) y los costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre.
- Los programas Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medi-Cal.

Planes de Medi-Cal: planes que cubren únicamente beneficios de Medi-Cal, como servicios y recursos de apoyo a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son aparte.

Medicaid (o Asistencia Médica): programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y recursos de apoyo a largo plazo y costos médicos. Medi-Cal es el programa Medicaid del estado de California.

Médicamente necesario/a: este término describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye atención que le impide ingresar a un hospital o centro de reposo. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.

Medicare: programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en estado terminal (generalmente aquellos que tienen insuficiencia renal permanente, necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original o un plan de atención médica administrada (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes MA a través de empresas privadas. Medicare paga a estas empresas para que cubran sus beneficios de Medicare.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información,** visite www.blueshieldca.com/medicare.



Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): consejo que revisa las apelaciones de nivel 4. El Consejo es parte del Gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A de Medicare 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 de Medicare y la Parte B de Medicare.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP): programa estructurado de cambio de conducta de salud que brinda capacitación en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Persona inscrita en Medicare-Medi-Cal: persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. A una persona inscrita en Medicare-Medicaid también se le llama “individuo con doble elegibilidad”.

Parte A de Medicare: el programa de Medicare que cubre la mayoría de los cuidados médicamente necesarios en hospitales, centros de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y centros de cuidados para enfermos terminales.

Parte B de Medicare: el programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C de Medicare: el programa Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías de seguros de salud privadas brindar beneficios de Medicare a través de un Plan MA.

Parte D de Medicare: el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. A este programa lo llamamos “Parte D” para abreviar. La Parte D de Medicare cubre medicamentos recetados, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare ni Medi-Cal. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Medi-Cal puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Programa de Gestión de Terapias con Medicamentos (MTM): un grupo distinto de servicio o grupo de servicios proporcionados por proveedores de atención médica, incluidos los farmacéuticos, para garantizar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información.



Plan Medi-Medi: plan Medicare Medi-Cal (plan Medi-Medi), que es un tipo de plan Medicare Advantage. Es para personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un mismo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios en ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona con Medicare y Medi-Cal que califica para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Guía para los Miembros e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto o cláusula adicional, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Farmacia de la red: farmacia que aceptó surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas solo cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, enfermeros/as y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y recursos de apoyo a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a los miembros una cantidad adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Residencia o centro de reposo: establecimiento que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en casa pero que no necesitan estar en el hospital.

Defensor de los derechos del paciente: oficina de su estado que trabaja como defensora en su nombre. Cuenta con personal que puede responder sus preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué hacer. Los servicios del defensor de los derechos del paciente son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de su *Guía para los Miembros*.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información,** visite www.blueshieldca.com/medicare.



Determinación de la organización: nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto usted paga por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. El **Capítulo 9** de su *Guía para los Miembros* explica qué son las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): el gobierno ofrece Medicare Original. En Medicare Original, los servicios están cubiertos mediante el pago de las cantidades que determina el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica.

- Puede utilizar cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todas partes de los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original

Farmacia fuera de la red: farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o establecimiento fuera de la red: proveedor o establecimiento que no está empleado, no pertenece a ni es operado por nuestro plan y que no tiene contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de su *Guía para los Miembros* explica qué son los proveedores o establecimientos fuera de la red.

Costos de bolsillo: el requisito de costo compartido para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de costo “de bolsillo”. Consulte la definición de “costos compartidos” arriba.

Medicamentos de venta sin receta (OTC): los medicamentos de venta libre son fármacos o medicinas que una persona puede comprar sin la receta de un profesional de atención médica.

Parte A: consulte “Parte A de Medicare”.

Parte B: consulte “Parte B de Medicare”.



Si tiene alguna pregunta, 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 más información,** visite www.blueshieldca.com/medicare.

Parte C: consulte “Parte C de Medicare”.

Parte D: consulte “Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D: consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Información médica personal (también denominada información médica protegida) (PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, consultas al médico e historia clínica. Consulte nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y referirlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de su *Guía para los Miembros* para obtener información sobre cómo recibir atención de un proveedor de atención primaria.

Autorización previa (PA): aprobación que debe obtener de nuestra parte antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o utilizar un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento si usted no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen la PA de nuestra parte.

- Los servicios cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de su *Guía para los Miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene la PA de nuestra parte.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las reglas se publican en nuestra página web.

Programa de Cobertura Médica Total para Personas de la Tercera Edad

(PACE): programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en casa.

Prótesis y dispositivos ortopédicos: dispositivos médicos recetados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos,

Si tiene alguna pregunta, 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 más información,** visite www.blueshieldca.com/medicare.



espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales, y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejora de la Calidad (QIO): grupo de médicos y otros expertos de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. El Gobierno federal paga a la QIO para que controle y mejore la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre las QIO.

Límites de cantidad: un límite de la cantidad de un medicamento que puede tomar. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Herramienta de beneficios en tiempo real: portal o aplicación informática en el que las personas inscritas pueden buscar información sobre beneficios y medicamentos cubiertos completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados y específicos de la persona inscrita. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Referencia: una referencia es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) o nuestra aprobación para utilizar un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una referencia para consultar a ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las referencias en los **Capítulos 3 y 4** de su *Guía para los Miembros*.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de su *Guía para los Miembros* para conocer más sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios confidenciales: servicios relacionados con la salud mental o conductual, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, agresión sexual y abortos, trastorno por consumo de sustancias, atención de afirmación de género y violencia doméstica.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde vive la gente. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, 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 más información,** visite www.blueshieldca.com/medicare.



Parte del costo: la parte de sus costos de atención médica que podría tener que pagar cada mes antes de que sus beneficios entren en vigor. El monto de su parte del costo varía según sus ingresos y recursos.

Centro de enfermería especializada (SNF): establecimiento de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que pueden ser administrados por una enfermera titulada o un médico.

Especialista: un especialista es un médico que proporciona atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica.

Farmacia especializada: consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

Audiencia Estatal: si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de Medi-Cal que no aprobaremos, o no continuaremos pagando por un servicio de Medi-Cal que usted ya tiene, puede solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal se decide a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Terapia escalonada: regla de cobertura que requiere que usted pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Ingreso Complementario Administrado por el Seguro Social (SSI): beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen más de 65 años. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Atención médica de urgencia: atención que recibe por una enfermedad, lesión o condición imprevista que no es una emergencia pero que necesita atención de inmediato. Puede obtener atención médica de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a ellos porque, dado su tiempo, lugar o circunstancias, no es posible o razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios por una condición que no ha sido atendida, pero que no es una emergencia médica).



Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan.

LLAMAR	1-800-452-4413 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas, que están disponibles para quienes no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas 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
ESCRIBIR	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
PÁGINA WEB	blueshieldca.com/medicare



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contra la ley. Blue Shield of California cumple con las leyes de derechos civiles federales y las leyes estatales aplicables, y no discrimina a las personas por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, embarazo o condiciones relacionadas, características sexuales, estereotipos sexuales, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, embarazo o condiciones relacionadas, características sexuales, estereotipos sexuales, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California da lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratis a personas con discapacidad para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados en lengua de señas.
 - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados.
 - ✓ Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro.

Si cree que Blue Shield of California no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, embarazo o condiciones relacionadas, características sexuales, estereotipos sexuales, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede usar esta información para hacer un reclamo:

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011
Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711), Fax: (844) 696-6070
Dirección electrónica: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, el Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición.

También puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de esa oficina, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o puede usar esta información para hacerlo por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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 panggamot. 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 pab li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau pab 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 Díí ats'íís baa áháyá éí doodago azee' bee aa áháyá bína'idííkidgo éí ná ata' hodoonihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-776-4466 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yálti'i níká adoolwoł. Díí t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਨਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ 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 անոտ հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կազմակերպության հետ կապված ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ծառայությունը համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեր կողմից հարցերն 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، کافیت 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



blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555