



Evidencia de cobertura

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

Condados de Los Ángeles y San Diego

1 de enero de 2027 - 31 de diciembre de 2027

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

H2819_26_142A_C_SP Approved 08272026

Aprobación de OMB 0938-1444 (vencimiento: 31 de mayo de 2029)

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



1 de enero de 2027 – 31 de diciembre de 2027

Su cobertura de salud y de medicamentos con Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

Introducción a la *Guía para los Miembros*

Este *Guía para los Miembros*, también conocido como *Evidencia de cobertura*, le informa sobre su cobertura bajo nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2027. Explica los beneficios de servicios de atención médica, servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias), la cobertura de medicamentos 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 esta *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 refiere a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

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

Puede llamar a Servicio al Cliente al 1-800-452-4413 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT, para obtener este documento sin cargo en otros formatos, como letra grande, braille y/o audio. La llamada es gratuita.

- Puede realizar una solicitud permanente para recibir este documento en un idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo ahora y en adelante. Para hacer una solicitud, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Su idioma y formato preferidos quedarán registrados para comunicaciones futuras. Para actualizar sus preferencias, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Aviso de disponibilidad de servicios de idiomas, y asistencia y servicios auxiliares

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.

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



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 بريـل 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): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

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。

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।

हिंदी 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 नि: शुल्क हैं।

Nqe 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。

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.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex 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 hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se 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.

ប្រាសាទជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធុន សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។



مطلب به زبان فارسی ((Persian (Farsi))

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

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). También ofrecemos
asistencia y servicios para personas con discapacidades,
como documentos en braille y con letras grandes. Llame
al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son
gratuitos.



Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong 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 malaking print. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (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.

Otros idiomas

Puede obtener esta *Guía para los Miembros* y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo alguno. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ofrece traducciones escritas hechas por traductores calificados. Llame al 1-800-452-4413 (TTY 711). La llamada es gratuita. Lea esta *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre los servicios de asistencia lingüística para la atención médica, como los servicios de intérpretes y traducción.

Otros formatos

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



Servicios de acceso lingüístico

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan brinda servicios de intérprete para las comunicaciones verbales, así como en lengua de señas, con intérpretes calificados que están disponibles las 24 horas, sin costo para usted. No es necesario recurrir a un familiar o amigo como intérprete. Desaconsejamos el uso de familiares o amigos, especialmente menores de edad, como intérpretes a menos que sea una emergencia. Los servicios de acceso lingüístico, incluidos los servicios de intérprete, están disponibles sin cargo alguno. Los servicios de intérprete están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para recibir ayuda en su idioma o solicitar esta guía en otro idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY 711). La llamada es gratuita.

Avisos legales

- ❖ Los beneficios y/o copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- ❖ El beneficio de alimentos y productos agrícolas mencionado es un beneficio suplementario especial para enfermos crónicos (SSBCI). No todos los miembros del plan cumplen con los requisitos. La elegibilidad depende de que se cumpla con la definición de “persona inscrita con una enfermedad crónica”. Las condiciones crónicas elegibles incluyen, entre otras: trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, diabetes mellitus, sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico y trastornos pulmonares crónicos. Consulte la Guía para los Miembros del Plan para ver una lista completa de las condiciones crónicas que cumplen con los requisitos, y los requisitos de elegibilidad.

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



- ❖ Nuestros medicamentos cubiertos, nuestra red de farmacias y/o nuestra red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle 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 que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid del estado de California. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.
- ❖ La cobertura de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan es una cobertura médica calificada llamada "cobertura esencial mínima". Cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Ley 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.
- ❖ 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 Medicare + Medi-Cal 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 este *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	16
G. Su equipo de atención y su plan de atención.....	17
G1. Equipo de atención.....	17
G2. Plan de atención.....	17
H. Resumen de costos importantes.....	18
H1. Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.....	18
I. Esta <i>Guía para los Miembros</i>	18
J. Otra información importante que recibe de nosotros	19
J1. Su tarjeta de identificación del miembro.....	19
J2. Directorio de proveedores y farmacias.....	20

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



J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	21
J4. <i>La Explicación de beneficios</i>	22
K. <i>Cómo mantener actualizado su registro de membresía</i>	22
K1. <i>Privacidad de la información médica protegida (PHI)</i>	23



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 de 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 y medicamentos adicionales 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.

Cada estado puede 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 preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite 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 paga extra por inscribirse en 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 incluir a 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 conozcan todos los medicamentos que usted 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 compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.
- Nuevos miembros de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: En la mayoría de los casos, usted quedará inscrito en Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Aún puede recibir sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior por hasta dos meses. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. No habrá ninguna interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al número que figura al pie de la página.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite 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 esta *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

Será elegible para nuestro plan mientras:

- 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 en el momento de la inscripción, **y**
 - tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare, **y**
 - sea ciudadano natural o legal de los Estados Unidos, o extranjero elegible, **y**
 - sea actualmente elegible para Medi-Cal.
- Si pierde su elegibilidad para Medi-Cal pero se espera que la recupere dentro de seis meses, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Cuando finalice su cobertura de Medi-Cal, no pagaremos sus beneficios de Medi-Cal. Esto también significa que sus costos de bolsillo, como copagos, primas y deducibles, costarán más durante los meses en que haya perdido la cobertura de Medi-Cal. Para obtener más información y ayuda con la renovación de su elegibilidad para Medi-Cal, comuníquese con el equipo de Blue Shield dedicado a la retención de personas con doble elegibilidad al 1-844-378-4181 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Medi-Cal. Si su elegibilidad para Medi-Cal se restablece mientras aún está inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de Medi-Cal y su inscripción con nosotros continuará. Si no puede recuperar Medi-Cal dentro de los 6 meses, cancelaremos su membresía en Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Si usted recupera la elegibilidad para Medi-Cal después de que su membresía haya sido cancelada, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

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



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. Nos comunicaremos con usted anualmente para ver si alguna de sus necesidades ha cambiado.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir atendiéndose con los médicos con los 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 atendiéndose con 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 consultó a un proveedor fuera de la red por una visita que no era de emergencia al menos una vez 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 tres días.
 - Usted o su proveedor deben mostrar documentación de una relación existente y aceptar ciertas condiciones cuando haga la solicitud.

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



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

Una vez finalizado el período de continuidad de la atención médica, deberá recurrir a los médicos y demás proveedores en la red de Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 constituida con arreglo a las leyes de California que celebra contratos con 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 esta *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre cómo recibir atención.

G. Su equipo de atención y su 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 podría incluir a su médico, un coordinador de atención, sus especialistas u otros profesionales de la salud que 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 ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que figuran 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 LTSS u otros servicios.

Su plan de atención incluye:

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

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



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 recomiendan 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. Resumen de costos importantes

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Monto del Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare (**Sección H1**)

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

H1. Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, recibirá una factura de su plan por sus medicamentos (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier medicamento recetado que surta, más su saldo del mes anterior, dividido por el número de meses que quedan en el año.

En el **Capítulo 2** puede ver más información sobre el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos indicados en el **Capítulo 9** para presentar una queja o apelación.

I. Esta Guía para los Miembros

Esta *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 las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta *Guía para los Miembros*, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar una *Guía para los Miembros* llamando a Servicio al Cliente a los números que figuran 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 figura al pie de la página.

El contrato permanece en vigor durante los meses que esté inscrito en nuestro plan, entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.



J. Otra información importante que recibe de nosotros

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

J1. Su tarjeta de identificación del miembro

Como miembro de nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos los Servicios y recursos de apoyo a largo plazo (LTSS), ciertos servicios de salud conductual y medicamentos recetados. Usted muestra esta tarjeta cuando recibe algún servicio o receta. Aquí hay un ejemplo de una tarjeta de identificación del miembro:

		Member ID: <Cardholder ID#> Medi-Cal ID: <Medi-Cal ID#>
Member Name: <Member Name Line 1> <Member Name Line 2> Care Coordinator Phone: <CC Phone>		
PCP: <Provider Name> PCP Phone: <PCP Phone> <Medical Group Name>	RxBIN: 026696 RxPCN: 779993322	
MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0 Rx: \$0		
		H2819-001

In an emergency, call 911 or go to the nearest ER.	
Customer Service: Pharmacy Help Desk: NurseHelp 24/7: Transportation:	(800) 555-5555 (TTY: 711) (800) 555-5555 (800) 555-5555 (800) 555-5555
Website:	blueshieldca.com/medicare
Send Medical Claims to: Blue Shield of California PO Box 272640, Chico, CA 95927-2640	
Send Rx Claims to: Claims Processing 1606 Ave. Ponce De Leon, San Juan, PR 00909-4830	

Si su tarjeta de identificación del 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.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesitará usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta 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 del miembro, el proveedor puede facturar a Medicare en lugar de a nuestro plan, y es posible que usted reciba una factura. Es posible que le soliciten que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos para pacientes terminales o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de esta *Guía para los Miembros* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

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

- Medicamentos recetados cubiertos únicamente a través de Medi-Cal Rx.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



- 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)
- Servicios de salud conductual del condado

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) llamando a Servicio al Cliente a los números que figuran 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 figura al pie de la página.

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera profesionales de atención médica (como médicos, enfermeros/as profesionales y psicólogos), instalaciones (como hospitales o clínicas) y proveedores de apoyo (como proveedores de atención diurna para adultos y proveedores de atención médica en el hogar) a los que puede acudir como miembro de Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 cambiarse de médico y
- 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), y
- Información sobre cómo acceder a farmacias de entrega a domicilio, infusión en el hogar o atención médica a largo plazo.

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



Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red incluyen:
 - médicos, enfermeros/as y otros profesionales de atención médica que puede utilizar como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de reposo y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - LTSS, servicios para los trastornos de la conducta, agencias de atención médica en el hogar, 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 figuran 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

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos la *Lista de medicamentos* para abreviar. Le informa qué medicamentos están cubiertos por nuestro plan. Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de medicamentos* a menos que se hayan eliminado y reemplazado como se describe en la **Sección E del Capítulo 5**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan*.



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

Cada año le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, pero podemos introducir 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 que figura al pie de la página.

J4. La *Explicación de beneficios*

Cuando usa los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen que le ayuda a entender y llevar un control de los pagos de sus medicamentos 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 de la Parte D de Medicare y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de sus medicamentos 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 esta *Guía para los Miembros* brinda más información sobre la EOB y cómo le ayuda con el seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente a los números que figuran 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 médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan usan el registro de membresía suyo para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costos compartidos que le corresponden a usted. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

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 en el seguro de compensación por accidentes de trabajo;

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



- cualquier reclamo de responsabilidad civil, como reclamos por un accidente automovilístico;
- ingreso a un centro de reposo 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 tiene la obligación de informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cambia alguna información, llame a Servicio al Cliente a los números que figuran al pie 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 más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de esta *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 para que aboguen por usted. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Servicio al Cliente	26
B. Su coordinador de atención	29
C. Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP)	31
D. Línea de Enfermería	32
E. Línea de crisis de salud conductual	33
F. Organización de Mejora de la Calidad (QIO)	34
G. Medicare	35
H. Medi-Cal	37
I. Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente de la Atención Administrada y Salud Mental de Medi-Cal	38
J. Servicios sociales del condado	39
K. Agencia de servicios de salud conductual del condado	41
L. Departamento de Atención Médica Administrada de California	42
M. Health Consumer Alliance (HCA)	43
N. Programas de ayuda con el pago de medicamentos	43
N1. Ayuda Adicional de Medicare	43
N2. Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)	44

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



N3. Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare.....	44
O. Seguro Social	45
P. Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).....	46
Q. Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medicare y Medi-Cal	47
R. Medi-Cal Dental	48



A. Servicio al Cliente

Tipo de
contacto

LLAMAR	1-800-452-4413. Esta llamada es gratuita. Disponible los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. Ofrecemos servicios de intérprete sin costo para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. Disponible los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT.
ESCRIBIR	Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 esta *Guía para los Miembros*.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite 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 esta *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, disponible en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Puede presentar una queja sobre nuestro plan ante el Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medicare Medi-Cal llamando al 1-855-501-3077.
 - Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de esta *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 sin receta (OTC) y ciertas vitaminas. Puede ver más información en la página web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273.



- Para más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de esta *Guía para los Miembros*.
- apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una forma de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para más información sobre cómo presentar una apelación en relación con la cobertura de sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de esta *Guía para los Miembros*.
- quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos.
 - Si su queja se refiere a una decisión de cobertura de sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea, disponible en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para más información sobre cómo presentar una queja en relación con la cobertura de sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de esta *Guía para los Miembros*.
- pago por atención médica o medicamentos que ya pagó
 - Para más información sobre cómo solicitarnos que le reintegremos el dinero o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de esta *Guía para los Miembros*.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de esta *Guía para los Miembros*.



B. Su coordinador de atención

Un coordinador de atención es una persona especialmente capacitada para ayudarle a acceder a sus beneficios y servicios de Medicare y Medi-Cal. 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 o cambiar su coordinador de atención llamando al número que figura a continuación.

Tipo de
contacto

LLAMAR	al 1-888-548-5765. Esta llamada es gratuita. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Puede llamar a Servicio al Cliente para obtener este documento sin cargo en otros formatos, como en letra grande, braille y/o audio. Ofrecemos servicios de intérprete sin costo para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. Disponible de 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 consumo de sustancias)
- preguntas sobre beneficios dentales
- preguntas sobre transporte a citas médicas

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



- preguntas sobre los Servicios y recursos de apoyo a largo plazo (LTSS), incluidos los Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) y los centros de reposo (NF)

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 Medicare + Medi-Cal Plan. Su proveedor puede remitirle si considera que usted es elegible para recibir apoyos comunitarios o usted 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 para facilitar la transición a la vivienda
- Depósitos de vivienda
- Servicios de tenencia y mantenimiento de vivienda
- Comidas médicamente adaptadas / Alimentos de apoyo médico
- Servicios de cuidado personal y tareas domésticas
- Atención de recuperación (relevo médico)
- Relevo para cuidadores



- Vivienda a corto plazo después de una hospitalización o
- Centros de desintoxicación

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer para manejar su problema. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos.

El HICAP es un programa estatal independiente (sin vínculo con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito local sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Tipo de
contacto

LLAMAR	1-800-434-0222 Disponible de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.
TTY	711 Este número es para personas con dificultades 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/

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



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 ayudarle a:
 - comprender sus derechos,
 - comprender sus opciones de planes,
 - responder sus preguntas sobre cambiar de plan,
 - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y
 - resolver problemas con la facturación o los reclamos.

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 cómo acceder a 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.

Tipo de
contacto

LLAMAR	1-877-304-0504 Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Ofrecemos servicios de intérprete sin costo para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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



E. Línea de crisis de salud conductual

Una línea telefónica disponible las 24 horas que brinda apoyo inmediato a las personas que sufren una crisis de salud mental o por consumo de sustancias. Los asesores capacitados pueden evaluar la situación, brindar intervención ante situaciones de crisis, conectar a quienes llaman con los servicios apropiados y ayudar a coordinar la asistencia de emergencia cuando sea necesario.

Tipo de
contacto

LLAMAR	Línea de acceso y crisis del condado de Los Ángeles 1-800-854-7771. Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana Ofrecemos servicios de intérprete sin costo para personas que no hablan inglés. Línea de acceso y crisis del condado de San Diego 1-800-724-7240. La llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana Ofrecemos servicios de intérprete sin costo para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. Disponible 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 por consumo de sustancias

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

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



F. Organización de Mejora de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Commence Health. 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. Commence Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Tipo de contacto	
LLAMAR	1-877-588-1123
TTY	711 Este número es para personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
ESCRIBIR	Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
PÁGINA WEB	commencehealthqio.cms.gov

Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica
- la presentación de una queja sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención médica, como que le hayan recetado los medicamentos equivocados, le hayan hecho pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo,
 - cree que su hospitalización está terminando demasiado pronto o
 - cree que sus servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o establecimiento de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) están terminando demasiado pronto.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Tipo de
contacto

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 con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
CHAT EN VIVO	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBIR	Escriba a Medicare y envíe su carta a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

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



Tipo de
contacto

**PÁGINA
WEB**

www.medicare.gov

- Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos el costo y los servicios que brindan.
- Encuentre médicos u otros suministradores y proveedores de atención médica que participan en Medicare.
- Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, vacunas y consultas anuales de "bienestar").
- Conozca el proceso de apelaciones y acceda a los formularios correspondientes de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la atención médica brindada por los planes, residencias de reposo, hospitales, médicos, agencias de atención médica en el hogar, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos para pacientes terminales, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención médica a largo plazo.
- Busque páginas web y números de teléfono útiles.

Visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint para presentar una queja ante Medicare. Medicare toma en serio sus quejas y usa esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.



H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa de 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 está 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 en el plan Medi-Cal, llame a Opciones de Atención Médica.

Tipo de
contacto

LLAMAR	1-800-430-4263 Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas con dificultades 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 preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



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

La Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente ayuda a resolver los problemas desde una posición neutral para garantizar que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos médicamente necesarios. Escucharán, responderán sus preguntas, analizarán su situación, le explicarán las políticas y procedimientos, le brindarán información, asesoramiento y opciones y recomendarán las referencias adecuadas. Su trabajo es ayudar a desarrollar soluciones justas para los problemas de acceso a la atención médica. La Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente no tiene ninguna relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

Tipo de
contacto

LLAMAR	1-888-452-8609 Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas con dificultades 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
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
PÁGINA WEB	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

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



J. Servicios sociales del condado

Si necesita ayuda con sus Servicios de asistencia en el hogar (IHSS), para actualizar su información de Medi-Cal o con 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 ayudarán a pagar los servicios que recibe para poder 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.

Tipo de
contacto

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., excepto los días festivos.
TTY	1-877-735-2929 Este número es para personas con dificultades 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

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



Tipo de contacto

LLAMAR	1-866-262-9881. Esta llamada es gratuita. Los representantes de la Agencia de Salud y Servicios Humanos del condado de San Diego están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La Línea de Acceso de 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.
TTY	1-619-589-4459 Este número es para personas con dificultades 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 preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



K. Agencia de servicios de salud conductual 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. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Ofrecemos servicios de intérprete sin costo para personas que no hablan inglés. Condado de San Diego 1-888-724-7240. Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. Disponible 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 consumo 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 preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



L. Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (Department of Managed Health Care, DMHC) se encarga de regular los planes de salud. El Centro de Ayuda del DMHC puede ayudarle con apelaciones y quejas relacionadas con los servicios de Medi-Cal.

Tipo de
contacto

LLAMAR	1-888-466-2219 Los representantes del DMHC están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
TDD	1-877-688-9891 Este número es para personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
ESCRIBIR	Help Center California Department of Managed Health Care 980 9th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	916-255-5241
PÁGINA WEB	www.dmhca.ca.gov

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



M. Health Consumer Alliance (HCA)

La Health Consumer Alliance (HCA) es una asociación en todo el estado que ofrece asistencia legal gratuita en línea, por teléfono o en persona para ayudar a los residentes de California que luchan por obtener o mantener cobertura médica y resolver problemas con sus planes de salud. Para obtener más información sobre la HCA o recibir asistencia posible, llame al 1-888-804-3536 o visite www.healthconsumer.org/

N. Programas de ayuda con el pago de medicamentos

En la página web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) puede ver información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de ayuda que se describen a continuación.

N1. Ayuda Adicional de Medicare

Como es elegible para Medi-Cal, califica para la Ayuda Adicional de Medicare y la recibe para pagar los costos de su plan de medicamentos. No es necesario que haga nada para obtener esta “Ayuda Adicional”.

Tipo de
contacto

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 con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
PÁGINA WEB	www.medicare.gov

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto correcto de su copago. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartir esa evidencia con nosotros.

- Puede llamar a Servicio al Cliente, informarles que cree que está pagando demasiado por sus medicamentos recetados y proporcionar su información de Medi-Cal. Su elegibilidad para Medi-Cal se considerará la mejor evidencia disponible para actualizar su Ayuda Adicional y reducir el copago de sus medicamentos recetados, si es posible. La reducción de los copagos por medicamentos recetados no está garantizada.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



- Cuando recibamos la evidencia que demuestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto del copago correcto cuando surta su próxima receta. Si paga de más en su copago, le devolveremos el dinero ya sea mediante un cheque o un crédito para copagos futuros. Si la farmacia no cobró su copago y usted les adeuda ese monto, es posible que nosotros le paguemos directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, es posible que le paguemos directamente al estado. Llame a Servicio al Cliente al número que figura al pie de la página si tiene preguntas.

N2. Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

El ADAP ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH esenciales para la vida. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP cumplen con los requisitos para la ayuda con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del ADAP de California. Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la presentación de un comprobante de residencia en el estado y un certificado que acredite que es paciente con VIH, tener bajos ingresos según lo define el estado y no tener cobertura de seguro, o tener cobertura insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que usted 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 1-844-421-7050, 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.

N3. Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare

El Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare es una opción de pago que coordina con su cobertura de medicamentos vigente para ayudarle a manejar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a manejar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus costos de medicamentos. Si participa en el Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para mantener esta opción.** La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal (SPAP) y el ADAP, para aquellos que cumplen con los requisitos, es más ventajosa que la participación en esta opción de pago, sin importar su nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que figura al pie de la página o visite www.medicare.gov.



O. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare.

Si se muda o cambia de 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 con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
PÁGINA WEB	www.ssa.gov

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



P. Junta de Jubilación de Empleados 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, infórmeles si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAMAR	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., y los miércoles de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y recibir información grabada, las 24 horas del día, incluidos fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. Las llamadas a este número no son gratuitas.
PÁGINA WEB	www.rrb.gov

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



Q. Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medicare y Medi-Cal

El Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medicare y Medi-Cal ofrece asistencia GRATUITA para ayudar a las personas que atraviesan dificultades a obtener o mantener su 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 la denegación de servicios, 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 y Medi-Cal 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 preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



R. Medi-Cal Dental

Hay ciertos servicios dentales disponibles a través de Medi-Cal Dental, incluidos, entre otros, servicios como:

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

Los beneficios dentales están disponibles a través del sistema de pago por servicio (FFS) de Medi-Cal Dental y de atención dental administrada (Dental MC).

LLAMAR	1-800-322-6384 La llamada es gratuita. Los representantes de 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 con dificultades 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 el condado 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 del plan de atención dental administrada también están disponibles aquí: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite 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 esta *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores	51
B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan	51
C. Su coordinador de atención	53
C1. Qué es un coordinador de atención.....	53
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención.....	54
C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención	54
D. Atención de proveedores	54
D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)	54
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	57
D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan	58
D4. Proveedores fuera de la red	59
E. Servicios y recursos de apoyo a largo plazo (LTSS)	60
F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)	61
F1. Servicios de Medi-Cal para los trastornos de la conducta prestados fuera de nuestro plan	61



G. Servicios de transporte.....	65
G1. Transporte médico que no es de emergencia	65
G2. Transporte no médico.....	66
H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre.....	67
H1. Atención en una emergencia médica	67
H2. Atención médica de urgencia	69
H3. Atención durante un desastre.....	70
I. Qué pasa si le facturan directamente por servicios cubiertos.....	70
I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre servicios	71
J. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica.....	71
J1. Definición de un estudio de investigación clínica.	71
J2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	72
J3. Más información sobre estudios de investigación clínica.....	72
K. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución no médica religiosa para el cuidado de la salud	72
K1. Definición de una institución no médica religiosa para el cuidado de la salud	72
K2. Atención en una institución no médica religiosa para el cuidado de la salud	73
L. Equipo médico duradero (DME).....	73
L1. Cómo obtener DME como miembro de nuestro plan	73
L2. Propiedad de DME si se cambia a Medicare Original.....	74
L3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan.....	75
L4. Equipos de oxígeno cuando se cambia a Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA)	75



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 recetados y de venta sin receta, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. En el **Capítulo 4** de esta *Guía para los Miembros* se describen los servicios de atención médica, de salud conductual y los LTSS cubiertos. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados y de venta sin receta figuran en el **Capítulo 5** de esta *Guía para los Miembros*.

Los **proveedores** son médicos, profesionales de enfermería y otras personas que le brindan servicios y atención y tienen licencia del estado para hacerlo. Los proveedores además incluyen hospitales, agencias de atención médica en el hogar, 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 estar incluida en nuestra Tabla de beneficios médicos en el **Capítulo 4** de esta *Guía para los Miembros*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por médicamente necesarios, nos referimos a servicios que son razonables y necesarios para diagnosticar y tratar su condición médica. 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 (primary care provider, PCP)** de la red que brinde y supervise su atención. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (consulte más información en la **Sección D1**).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle aprobación antes de que pueda usar a un proveedor que no sea su PCP o a otros proveedores en la red de nuestro plan. Esto se llama **referencia**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.
 - Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige a su 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 referencias de su PCP para atención de emergencia o atención médica de urgencia, para usar un proveedor de salud de la mujer o cualquier otro servicio que figure en la **Sección D1**.
- **Debe recibir atención de los proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** en este capítulo). Por lo general, no cubrimos la atención de un proveedor que no trabaja con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor el costo total de los servicios que reciba. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Si necesita atención de emergencia o de urgencia de parte de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección H**).
 - Si necesita atención cubierta por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden brindarla, puede recibir atención de un proveedor fuera de la red. Se necesita una autorización y la misma debe obtenerse de parte del plan antes de recibir atención. En esta situación, cubrimos la atención como si la hubiera recibido de un proveedor de la red o sin costo para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para acudir a un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4**.



- Si necesita servicios de diálisis renal cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan durante un corto tiempo o cuando su proveedor no esté disponible temporalmente o no pueda acceder a él, puede recibir atención de un proveedor fuera de la red.
- Si es un nuevo miembro de nuestro plan, puede solicitar continuar usando 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 esta *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 de nuestra red que están afiliados al grupo médico de su PCP. Una vez transcurridos los 12 meses, ya no cubriremos su atención si continúa usando proveedores que no están en nuestra red y no están afiliados al grupo médico de su PCP.

Otra cobertura médica: Debe utilizar toda otra cobertura médica antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible con su cobertura médica primaria, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario a Medicare, cubriendo los costos permitidos no pagados por Medicare u otra cobertura médica hasta la tarifa de Medi-Cal.

Nuevos miembros de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: En la mayoría de los casos, usted quedará inscrito en Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Aún puede recibir sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior por hasta dos meses. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. No habrá ninguna interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llame al número que figura al pie de la página.

C. Su coordinador de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

Un coordinador de atención es una persona especialmente capacitada para ayudarle a acceder a sus beneficios y servicios de Medicare y Medi-Cal. 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.

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



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 esa persona 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 atención y administre su plan de cuidados. Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige a su PCP, elige también el grupo médico afiliado.

Definición de 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 medicina familiar, de medicina general, de medicina interna, de obstetricia y ginecología, 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 Medicare + Medi-Cal Plan (los números de teléfono y el horario de atención están impresos al pie de esta página). Una clínica, como los Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC), también puede ser su PCP. Recibirá su atención básica o 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
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos especialistas
- Hospitalizaciones
- Atención médica de seguimiento



Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos específicos. Un grupo médico o una Asociación de Médicos Independientes (IPA) es una organización constituida con arreglo a las leyes de California que celebra contratos con planes de salud para proporcionar o coordinar la prestación de servicios de atención médica a las personas inscritas en 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 médica, o de acudir 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 haya finalizado su tratamiento o servicio para que su PCP pueda seguir administrando su atención. Para que usted pueda recibir ciertos servicios, su PCP deberá obtener la aprobación previa del Plan, o, en algunos casos, del grupo médico afiliado a su PCP. Esta aprobación previa se denomina “autorización previa”.

Su elección de 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
- Vaya a nuestra página web en blueshieldca.com/find-a-doctor y busque el PCP que desee ver, o
- Llame a Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan para obtener ayuda (el número 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.

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



Opción de cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También 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 de 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 el cambio, la asignación al nuevo PCP y su grupo médico afiliado se realizará el primer día del mes siguiente a su solicitud de cambiar de PCP.

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

Los PCP de nuestro 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 recibir servicios como los que se enumeran a continuación sin obtener la aprobación de su PCP o nuestro plan primero:

- Servicios de emergencia con los proveedores de la red o proveedores fuera de la red
- Servicios cubiertos que necesita con urgencia y requieren atención médica (pero que no son emergencias), si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable por la hora, su ubicación y sus circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de condiciones existentes. Las visitas de rutina a proveedores médicamente necesarias (como los controles anuales) no se consideran urgentes incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.



- 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 el COVID-19, así como vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de 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 es 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:

- Oncólogos que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos que atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopédicos que atienden a 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 cuando usted haya finalizado su tratamiento o servicio, para que su PCP pueda seguir administrando su atención.

Su PCP necesitará obtener la aprobación previa del Plan para que usted pueda recibir determinados servicios. Esta aprobación previa se denomina “autorización previa”. Por ejemplo, es necesario obtener una autorización previa para todas las estadías como paciente hospitalizado 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 qué 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 que pone en peligro la vida;
- una enfermedad degenerativa o una 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. Para más información, llame a Servicio al Cliente al número que figura al pie de esta página.

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

Un proveedor de la red que usted 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 elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si usted consultó a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona con nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, recibe actualmente atención de él o lo consultó en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado de la red para que siga administrando sus necesidades de atención médica.



- Si está recibiendo terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o la terapia médicamente necesaria de parte de otro proveedor en nuestra red. Coordinaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red que sea accesible para usted, debemos coordinar que 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 descubre que uno de sus proveedores va a abandonar nuestro plan, contáctenos. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención.
- 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 Organización de Mejora de la Calidad (QIO), una queja formal sobre la calidad de la atención médica o ambas. (Consulte más información en el **Capítulo 9**).

D4. Proveedores fuera de la red

Si requiere atención médica que Medicare y/o Medi-Cal exige que sea cubierta por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden brindar esa 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 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. Además, los planes deben cubrir servicios de diálisis para los miembros con enfermedad renal en estado terminal (ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor no esté disponible temporalmente o no sea accesible y dichos miembros no puedan acceder a proveedores de ESRD contratados. En esa situación pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red.

Si usa un proveedor fuera de la red, el proveedor debe aceptar Medicare y/o Medi-Cal.

- No podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare y/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.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/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. 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 con sus actividades diarias de rutina, como bañarse, vestirse, preparar comidas y tomar sus 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.

Los LTSS incluyen Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS), Servicios de asistencia en el hogar (IHSS), el Programa de Servicios Multipropósito para Personas de la Tercera Edad (MSSP) y la 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
- Terapia del habla
- Servicios sociales médicos
- Atención médica 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 remitirle si considera que usted es elegible para recibir apoyos comunitarios o usted 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 para facilitar la transición a la vivienda
- Depósitos de vivienda

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



- Servicios de tenencia y mantenimiento de vivienda
- Comidas médicamente adaptadas / Alimentos de apoyo médico
- Servicios de cuidado personal y tareas domésticas
- Atención de recuperación (relevo médico)
- Relevo para cuidadores
- Vivienda a corto plazo después de una hospitalización
- Centros de desintoxicación

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)

Tiene derecho a acceder a los servicios de salud conductual médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a los servicios para los trastornos de la conducta que cubre la atención 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 a través de agencias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles (Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH) y el Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles (Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH) y los servicios de salud conductual del condado de San Diego.

F1. Servicios de Medi-Cal para los trastornos de la conducta prestados 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
- servicios intensivos de tratamiento diurno
- rehabilitación diurna

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



- servicios de intervención ante situaciones de crisis
- servicios de estabilización de crisis
- servicios de tratamiento residencial de adultos
- servicios de tratamiento residencial ante situaciones de crisis
- servicios en un centro de salud psiquiátrica
- servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados
- administración de casos específicos
- reingreso por orden de un tribunal
- tratamiento comunitario asertivo (ACT)
- tratamiento comunitario asertivo forense (FACT)
- atención médica especializada coordinada (CSC) para casos de primer episodio de psicosis (FEP)
- servicios de rehabilitación psicosocial (clubhouse)
- servicios mejorados de trabajadores de salud comunitarios (CHW)
- empleo asistido
- servicios terapéuticos de salud conductual
- cuidado terapéutico de crianza temporal
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos en el hogar

Los servicios de medicamentos de Medi-Cal (DMC) 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 de salud conductual del condado de San Diego incluyen:

- servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- tratamiento residencial del trastorno por consumo de sustancias durante el periodo 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 Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS) 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 de salud conductual del condado de San Diego, si cumple con los requisitos para recibir estos servicios. Los servicios del DMC-ODS 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 manejo de abstinencia
- programa de tratamiento de narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de atención médica
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- evaluación precoz y periódica, diagnóstico y tratamiento (para miembros menores de 21 años)
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

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 de salud conductual

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:

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



- Línea de crisis y referencias del condado (consulte la **Sección K del Capítulo 2** de esta guía 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).
- Servicios de salud conductual del condado de San Diego – Servicio para el trastorno por consumo de sustancias (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 Medicare + Medi-Cal Plan (consulte la **Sección D del Capítulo 2** de esta guía para conocer el número de teléfono y el horario de atención)
- Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 Medicare + Medi-Cal 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 Medicare + Medi-Cal Plan y el condado

Si recibe servicios de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan o del condado, puede recibir una referencia a la otra entidad de acuerdo con sus necesidades. Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 Medicare + Medi-Cal Plan, continuará recibiendo atención de salud conductual médicamente necesaria, incluidos medicamentos recetados, hasta que se resuelva el conflicto. Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 Medicare + Medi-Cal Plan o del condado, según la entidad con la que tenga el conflicto. Para obtener información sobre el proceso de apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta *Guía para los Miembros*.



G. Servicios de transporte

G1. Transporte médico que no es de emergencia

Tiene derecho a acceder a transporte médico que no es de emergencia (NEMT) si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, autobús o taxi para llegar a sus citas. Se puede proporcionar NEMT para todos los servicios cubiertos por Medi-Cal, como citas médicas, dentales, de salud mental, abuso de sustancias y farmacia. Si aún necesita transporte médico que no sea de emergencia una vez que haya utilizado los 48 viajes (ida y vuelta cuenta por dos) que le proporcionamos, puede hablar con su proveedor y solicitar viajes adicionales. Su proveedor o nuestro proveedor de transporte, Call the Car, decidirán el mejor tipo de transporte para sus necesidades particulares. Si necesita NEMT, lo recetarán completando un formulario y enviándolo a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan para su aprobación. Según su necesidad médica, es posible que pueda obtener aprobación por hasta 12 meses. Su PCP volverá a evaluar su necesidad de NEMT según sea necesario o al vencimiento de su receta, y puede volver a aprobar el NEMT por hasta 12 meses.

Un NEMT puede ser una ambulancia, furgoneta con camilla, furgoneta para silla de ruedas o transporte aéreo. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan permite el modo de transporte cubierto de menor costo y el NEMT más apropiado para sus necesidades médicas cuando necesita transporte para su cita. Por ejemplo, si puede ser transportado física o médicamente en una furgoneta para silla de ruedas, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan no pagará una ambulancia. Solo tiene derecho a transporte aéreo si su condición médica imposibilita cualquier forma de transporte terrestre.

El NEMT debe usarse cuando:

- Lo necesita física o médicamente según lo determine la autorización escrita de su PCP porque no puede usar un autobús, taxi, automóvil o furgoneta 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 de rutina** no urgentes, llame a Call the Car al (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 horas de antelación. Para **citas**, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación del miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

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



Límites de transporte médico

Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 cubierta por Medi-Cal, pero no por el plan de salud, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan le ayudará a programar su transporte. En el **Capítulo 4** de esta guía encontrará una lista de servicios cubiertos. El transporte no está cubierto fuera de la red o el área de servicio de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan a menos que esté autorizado previamente.

G2. Transporte no médico

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

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

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otro medio de transporte público o privado para llegar a su cita para recibir servicios autorizados por su proveedor. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan usa Call the Car para coordinar el NMT. Cubrimos el tipo de NMT de menor costo que satisfaga sus necesidades.

A veces, se le pueden reembolsar los viajes en un vehículo privado que usted coordine. Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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. Nos lo puede informar por teléfono, correo electrónico o en persona. **No se le puede reembolsar por conducir usted mismo.**

Para el reembolso por millaje se deben presentar todos los siguientes documentos:

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

Para solicitar transporte para ir a servicios autorizados, llame a Call the Car al 1-877-433-2178 (TTY: 711) con al menos veinticuatro (24) horas de antelación antes de su cita. Para **citas de urgencia**, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación del miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

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



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 Medicare + Medi-Cal Plan proporciona el NMT de menor costo que satisfaga sus necesidades desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible.

No puede conducir usted mismo ni recibir un reembolso directamente.

El NMT **no** se aplica si:

Se necesita una ambulancia, furgoneta con camilla, furgoneta para silla de ruedas u otra forma de transporte médico que no es de emergencia para llegar a 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 subir ni bajar 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 necesitan con urgencia o durante un desastre

H1. Atención en una emergencia médica

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

- un riesgo grave para su vida o la de su bebé por nacer; **o**
- pérdida o daño grave de 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 trasladarla sin riesgos a otro hospital antes del parto.
 - Una transferencia a otro hospital puede representar una amenaza para su salud, su seguridad o la de su bebé por nacer.

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



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 cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, o en todo el mundo, de parte de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Comuníquese con nuestro plan lo antes posible para informarnos 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 Medicare + Medi-Cal al 1-800-452-4413 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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.

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de esta *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 en caso de que usted necesite 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, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubriremos su atención adicional solo si:

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

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

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 por la hora, su ubicación o sus 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. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran urgentes incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.



Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y de atención médica de urgencia en todo el mundo O servicios de atención de emergencia O de atención médica de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios bajo las circunstancias que se describen abajo, 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 de Blue Shield Global Core al (800) 810-2583 o llame por cobrar 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 del miembro. Como parte de este servicio, para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, puede comunicarse con el Centro de Servicios de Blue Shield Global Core 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, usted tendrá que pagar la factura completa de su atención médica y presentar una solicitud de reembolso.

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 el 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 costos compartidos dentro de la red. Durante un desastre declarado, si no puede usar una farmacia de la red, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de esta *Guía para los Miembros* para obtener más información.

I. Qué pasa si le facturan directamente por servicios cubiertos

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

Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsársela.

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



I1. 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 esta *Guía para los Miembros*), **y**
- que usted reciba siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted paga el costo total**, a menos que el servicio 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 pedir esto por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de esta *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. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación, pero le recomendamos informarnos a nosotros o a su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brinden atención como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo o registro clínico para evaluar el beneficio, incluidos ciertos

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



beneficios que requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia (NCD-CED) y de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

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

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

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

Si participa en un estudio que Medicare **no** ha aprobado, usted debe pagar cualquier costo asociado a su participación en el estudio.

J3. Más información sobre estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica leyendo “Medicare y estudios de investigación clínica” en la página web de Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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.

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



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

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 se opone a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que sea **voluntario y no sea requerido** por las leyes federales, estatales o locales.
- El tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que **no sea voluntario y que sea requerido** por las leyes federales, estatales o locales.

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.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- 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 para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de que se le ingrese en el centro; de lo contrario, **no** se cubrirá su estadía.

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

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. Cómo obtener DME como miembro de nuestro plan

DME incluye ciertos artículos médicamente necesarios ordenados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctricos, suministros para diabéticos, camas ortopédicas ordenadas por un proveedor para uso doméstico, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

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



Medi-Cal cubre el uso dentro y fuera del hogar (por ejemplo, dispositivos de movilidad cubiertos por Medi-Cal para uso en la comunidad). Medicare, el pagador primario para las personas con doble elegibilidad, limita la cobertura de DME al equipo necesario para su uso en el hogar. Medi-Cal cubre algunos DME que se necesitan para su uso tanto en el hogar como en la comunidad. Como miembro de este DSNP, tiene derecho a todo el espectro de cobertura de DME según los criterios de Medicare y Medi-Cal.

Algunos artículos de DME, como prótesis, son de su propiedad.

Debe alquilar otros tipos de DME. Como miembro de nuestro plan, por lo general **no** es propietario de los artículos de DME alquilados, sin importar cuánto tiempo lo alquile.

En algunas situaciones limitadas, podríamos transferirle la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicio al Cliente a los números que figuran al pie de la página para obtener más información.

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

L2. Propiedad de DME si se 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 el plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de ser propietarios del artículo.

Como miembro de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, no tendrá que pagar por el DME cubierto siempre que sea médicamente necesario y esté aprobado por su médico. Por lo general, no adquirirá la propiedad de artículos de DME alquilados sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras es miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Nota: Usted puede buscar definiciones de los planes Medicare Original y MA en el Capítulo 12. También puede encontrar más información en el manual *Medicare y Usted 2026*. Si no tiene una copia de este folleto, 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 ya no tiene Medi-Cal, tendrá que hacer 13 pagos seguidos con Medicare Original, o tendrá que hacer la cantidad de pagos seguidos establecidos por el plan MA, para ser propietario del artículo de DME si:

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



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

Si hizo pagos por el artículo de DME con Medicare Original o un plan MA antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o del plan MA no cuentan para los pagos que debe hacer después de dejar nuestro plan.**

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

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

Si cumple con los requisitos para un equipo de oxígeno cubierto por Medicare, nuestra cobertura incluye:

- 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

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

L4. Equipos de oxígeno cuando se cambia a Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted cancela su membresía en 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. Medicare y Medi-Cal cubren estos pagos si aún está inscrito en Medicare y Medi-Cal.

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 cinco años si es médicamente necesario

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



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

- Su proveedor ya no tiene que proporcionárselo y usted puede optar por obtener equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de cinco años.
- Alquila el equipo 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 cinco años, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted cancela su membresía en 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 los costos suyos.



Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y cualquier restricción o límite de 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 este *Guía para los Miembros*.

Nuevos miembros de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: En la mayoría de los casos, usted quedará inscrito en Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 Medicare + Medi-Cal Plan. No habrá ninguna interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1-800-452-4413 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta.



Índice

A. Sus servicios cubiertos y sus costos de bolsillo.....	79
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por los servicios	79
C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan	79
D. Tabla de beneficios de nuestro plan	86
F. Servicios de apoyo comunitarios.....	165
G. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	168
G1. Transiciones Comunitarias de California (CCT)	168
G2. Medi-Cal Dental.....	169
G3. Servicios de asistencia en el hogar (IHSS)	170
G4. Programas de Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCBS) según la sección 1915(c) Exención de Vida Asistida (ALW)	170
G5. Servicios del condado para los trastornos de la conducta que se brindan fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias)	174
H. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medi-Cal	178



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 esta *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 el copago en el momento en que recibe el servicio médico.

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

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

B. Reglas 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 le 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 la recibe, consulte el **Capítulo 7** de esta *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 y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. (La cobertura de medicamentos está en el **Capítulo 5**.) Enumera y explica los servicios cubiertos en orden alfabético.

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.

- Prestamos servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.

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



- Los servicios como atención médica, servicios para los trastornos de la conducta y por consumo de sustancias, servicios y recursos de apoyo a largo plazo, suministros, equipos y medicamentos deben ser “médicamente necesarios”. Médicamente necesario 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 evita que tenga que ser ingresado en un hospital o centro de reposo. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados del ejercicio de la medicina. Un servicio es médicamente necesario cuando es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir enfermedades o discapacidades significativas o aliviar un dolor intenso.
- Para las personas recién inscritas, es posible que durante los primeros 90 días no les solicitemos aprobación previa para ningún tratamiento en curso, incluso si lo 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 nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado una referencia. Esto significa que es posible que tenga que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que reciba. El **Capítulo 3** de esta *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, además de brindarle atención, se ocupa de administrar los servicios que recibe. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que usted 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 esta *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 nuestro plan proporciona la aprobación de una solicitud de PA 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 tratante.



- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare y Usted 2027*. Puede verlo en línea en www.Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Si Medicare añade cobertura para cualquier nuevo servicio durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si pierde su Medi-Cal dentro del período de 6 meses de elegibilidad continua presunta, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, su cobertura de Medi-Cal puede finalizar antes que su cobertura de Medicare con nosotros. Cuando finalice su cobertura de Medi-Cal, no pagaremos sus beneficios de Medi-Cal. Esto también significa que sus costos de bolsillo, como copagos, primas y deducibles, costarán más durante los meses en que haya perdido la cobertura de Medi-Cal. Para obtener más información y ayuda con la renovación de la elegibilidad para Medi-Cal, comuníquese con el equipo de retención de personas con doble elegibilidad de Blue Shield al (844) 378-4181 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
- Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Medi-Cal. Si su elegibilidad para Medi-Cal se restablece mientras aún está inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de Medi-Cal y su inscripción con nosotros continuará. Si usted recupera la elegibilidad para Medi-Cal después de que hayamos cancelado su membresía en nuestra cobertura de Medicare, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Información importante sobre beneficios para miembros con ciertas condiciones crónicas.

Si tiene alguna de las condiciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios médicos, es posible que sea elegible para el beneficio de alimentos y productos agrícolas. El beneficio de alimentos y productos agrícolas mencionado es un beneficio suplementario especial para enfermos crónicos (SSBCI). No todos los miembros del plan cumplen con los requisitos. La elegibilidad depende de que cumpla o no con la definición de “persona inscrita con una enfermedad crónica” y de que tenga al menos una de las condiciones crónicas contempladas en el Plan, que son:

- Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD)

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



- Trastornos autoinmunes:
 - Poliarteritis nodosa
 - Polimialgia reumática
 - Polimiositis
 - Dermatomiositis
 - Artritis reumatoide
 - Lupus eritematoso sistémico
 - Artritis psoriásica
 - Esclerodermia
- Cáncer
- Trastornos cardiovasculares:
 - Arritmias cardíacas
 - Arteriopatía coronaria
 - Enfermedad vascular periférica
 - Enfermedades de las válvulas del corazón
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Demencia
- Diabetes mellitus
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
- Enfermedad gastrointestinal crónica:
 - Enfermedad hepática crónica
 - Enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD)
 - Hepatitis B
 - Hepatitis C
 - Pancreatitis
 - Síndrome de intestino irritable
 - Enfermedad inflamatoria intestinal
- Enfermedad renal crónica (ERC):
 - ERC que requiere diálisis/enfermedad renal en estado terminal (ESRD)
 - ERC que no requiere diálisis



- Trastornos hematológicos graves:
 - Anemia aplásica
 - Hemofilia
 - Púrpura trombocitopénica inmune
 - Síndrome mielodisplásico
 - Enfermedad de células falciformes (excepto el rasgo de células falciformes)
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico
- VIH/SIDA
- Trastornos pulmonares crónicos:
 - Asma, bronquitis crónica
 - Fibrosis quística
 - Enfisema
 - Fibrosis pulmonar
 - Hipertensión pulmonar
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes:
 - Trastornos bipolares
 - Trastornos depresivos mayores
 - Trastorno paranoide
 - Esquizofrenia
 - Trastorno esquizoafectivo
 - Trastornos de estrés postraumático (TEPT)
 - Trastornos alimentarios
 - Trastornos de ansiedad
- Trastornos neurológicos:
 - Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
 - Epilepsia
 - Parálisis extendida (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia)
 - Enfermedad de Huntington
 - Esclerosis múltiple
 - Enfermedad de Parkinson



- Polineuropatía
- Fibromialgia
- Síndrome de fatiga crónica
- Lesiones de la médula espinal
- Estenosis espinal
- Déficit neurológico secundario a derrame cerebral
- Derrame cerebral
- Atención posterior a trasplante de órgano(s)
- Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores
- Condiciones asociadas al deterioro cognitivo:
 - Enfermedad de Alzheimer
 - Discapacidades intelectuales y del desarrollo
 - Lesiones cerebrales traumáticas
 - Enfermedad mental incapacitante asociada a deterioro cognitivo
 - Deficiencia cognitiva leve
- Condiciones asociadas a problemas funcionales y que requieren servicios similares, incluidas las siguientes:
 - Lesiones de la médula espinal
 - Parálisis
 - Pérdida de extremidad
 - Derrame cerebral
 - Artritis
- Condiciones crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato
- Condiciones que requieren servicios de terapia continuos para que las personas puedan mantener o conservar sus funciones
 - Este Plan determinará si es elegible para el beneficio de alimentos y productos agrícolas usando la información de su médico o comunicándose con su médico para obtener una declaración firmada sobre una o más de sus condiciones crónicas que cumplen con los requisitos.



- Una vez que se considere elegible, consulte la Guía del Miembro que recibió por correo junto con su tarjeta Flex. La tarjeta Flex es una tarjeta de gastos con asignaciones elegibles precargadas para ayudar a pagar los beneficios cubiertos. Su Guía del Miembro describirá las asignaciones disponibles precargadas en su tarjeta Flex, así como dónde encontrar detalles adicionales sobre sus beneficios cubiertos y cómo gestionar su cuenta.
- Para más información sobre este beneficio, llame al 1-877-429-3245 [TTY: 711], de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. También puede consultar más detalles en línea en bscaflexbenefits.com.
- Para más detalles, consulte la fila de Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos en la Tabla de beneficios a continuación.
- Comuníquese con nosotros para saber exactamente para cuáles beneficios podría ser elegible.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana 🍏 señala los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.



D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura Pagamos hasta dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios en cualquier mes calendario, o con más 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 una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no asociado con una cirugía; • 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. Requisitos del proveedor: Los médicos pueden brindar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asociados médicos (PA), los enfermeros especializados (NP)/enfermeros especialistas clínicos (CNS) y el personal auxiliar pueden brindar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura (continuación) • un título de nivel de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); y • una licencia vigente, plena, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado de los Estados Unidos (es decir, Puerto Rico) o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que realiza la acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestros reglamentos. Los servicios cubiertos por Medicare se brindan a través de proveedores participantes de American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Para más información o para encontrar un proveedor participante de ASH Plans, puede llamar a ASH Plans al (800) 678-9133 [TTY: 711], de lunes a viernes, de 5:00 a.m. a 8:00 p.m., PT, del 1 de abril al 30 de septiembre y de domingo a sábado, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT, del 1 de octubre al 31 de marzo. También puede llamar a Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan o visitar blueshieldca.com/find-a-doctor para localizar un proveedor participante de ASH Plans.	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Artículos de venta sin receta (OTC)* Los beneficios incluyen: • Usted tiene una asignación combinada de \$240 por trimestre para la compra de artículos OTC y alimentos y productos agrícolas elegibles (si cumple con las condiciones de elegibilidad). • Este beneficio cubre artículos OTC para uso relacionado con la salud, como aspirina, vitaminas, medicamentos para el resfriado y la tos, y vendajes. • Este beneficio no cubre artículos OTC para uso no relacionado con la salud. • Puede comprar artículos OTC elegibles a través del catálogo de artículos OTC o en locales minoristas participantes. • Esta asignación no se puede combinar con su asignación de \$1,500 por año para servicios de audición no cubiertos por Medicare. • Este beneficio entra en vigor el primer día de cada trimestre (1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre) y cualquier parte de la asignación que no se use no puede transferirse de un trimestre a otro. • Una vez que haya agotado su asignación trimestral, será responsable de todos los costos de sus compras hasta que comience el próximo trimestre. Recibirá una Guía del Miembro por correo junto con su tarjeta Flex. La tarjeta Flex es una tarjeta de gastos con asignaciones elegibles precargadas para ayudar a pagar los beneficios cubiertos. Su Guía del Miembro describirá las asignaciones disponibles precargadas en su tarjeta Flex, así como dónde encontrar detalles adicionales sobre sus beneficios cubiertos y cómo gestionar su cuenta. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Artículos de venta sin receta (OTC)* (continuación) Puede comprar artículos OTC elegibles: - En el catálogo de artículos OTC: - Por teléfono: llame al 1-877-429-3245 [TTY: 711], de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. - En línea: vaya a bscaflexbenefits.com. - A través de la aplicación móvil: busque “myTotal Benefits” en su tienda de aplicaciones y descargue la aplicación. Consulte el catálogo de artículos OTC para obtener una lista de artículos OTC elegibles, instrucciones para hacer pedidos y limitaciones. Su tarjeta Flex no es necesaria para los pedidos de catálogo, ya que su saldo está precargado en su cuenta. Los pedidos se le enviarán sin cargo adicional. La entrega demora entre 5 y 7 días hábiles, aproximadamente. Si usa una casilla postal como dirección de envío, la entrega demorará entre 7 y 10 días hábiles, aproximadamente. - En persona: vaya con su tarjeta Flex a cualquier local minorista participante. Para ubicar locales minoristas participantes, inicie sesión en su cuenta en línea o en la aplicación móvil y busque en “Buscar tiendas”. Al comprar en la tienda, si desea identificar si un artículo OTC está aprobado antes de pagar en la caja, escanee el código de barras del producto en la aplicación móvil para verificar instantáneamente la elegibilidad. Si no es así, la elegibilidad se determinará automáticamente cuando se escanee en la caja. Si tiene preguntas, llame al 1-877-429-3245 [TTY: 711], de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. *Los servicios no se consideran para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 de un auxiliar de atención médica en el hogar a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y auxiliar de atención médica en el hogar combinados deben sumar menos de ocho horas por día y 35 horas por semana). • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipos y suministros médicos <i>Es posible que se requiera una autorización previa y/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0 por cada visita cubierta de salud en el hogar.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de emergencia Atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • prestados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia, • necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que empeora rápidamente. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos promedio sobre temas de salud y medicina podría esperar que resulte en: • un riesgo grave para su salud o la de su bebé por nacer; ○ • un daño grave en las funciones corporales; ○ • una disfunción grave de cualquier órgano del cuerpo; ○ • la pérdida de una extremidad, o la pérdida de la función de una extremidad. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: ○ No hay tiempo suficiente para trasladarla sin riesgos a otro hospital antes del parto. ○ Una transferencia a otro hospital puede representar una amenaza para su salud, su seguridad o la de su bebé 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 consideran para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	\$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 obtener la aprobación del plan para la estadía como paciente hospitalizado. Coseguro del 20% por cobertura en todo el mundo (el coseguro no se aplica si se le ingresa en el hospital dentro del plazo de un día por la misma condición).

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 (CSW) • un enfermero especialista clínico (CNS) • un consejero profesional de salud mental con licencia (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • un enfermero especializado (NP) • un asociado 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 • hospitalización parcial o programas intensivos ambulatorios • evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios (continuación) - exámenes psicológicos cuando estén clínicamente indicados para evaluar un resultado de salud mental - servicios ambulatorios con fines de monitoreo de la terapia con medicamentos - análisis de laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios - consulta psiquiátrica <i>Es posible que se requiera una autorización previa y/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
	Atención de la vista Pagamos por los siguientes servicios: - un examen de la vista de rutina cada año y - hasta \$100 para un par de anteojos (marcos y lentes) o hasta \$100 para lentes de contacto cada dos años Pagamos los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, 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 Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de la vista (continuación) Para las personas con diabetes, pagamos por el examen de retinopatía diabética una vez al año. Pagamos por 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/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
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 para anteojos. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 por un examen al año cuando lo hace un proveedor de la red. \$0 por marcos de anteojos (con un precio de hasta \$500 de valor minorista regular) cada 2 años cuando usa un proveedor de la red. Si elige marcos de anteojos con un precio superior a \$500, usted deberá abonar la diferencia.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de la vista, no cubierta por Medicare (recibida a través de un proveedor de la red)* (continuación) • Lentes para anteojos o lentes de contacto. Si elige lentes para anteojos, puede elegir lentes monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria y lenticulares. Si opta por otros lentes que no figuran en la lista o tratamientos complementarios, será responsable de pagar los costos adicionales, incluso si los costos totales permanecen dentro de la asignación. NO se requiere autorización previa (aprobación anticipada). Use el Directorio de proveedores de servicios de la vista o visite blueshieldca.com/find-a-doctor para encontrar 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 consideran para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	\$0 por un par de lentes graduados para anteojos (independientemente del tamaño o la graduación) <u>O</u> por lentes de contacto (con un precio de hasta \$500 por servicios de lentes de contacto y materiales) cada 2 años cuando usa un proveedor de la red. Los servicios recibidos a través de un proveedor no participante no están cubiertos. Si el precio de los servicios y los materiales supera los \$500, usted deberá abonar la diferencia.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) Para ver la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. 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 especializada • fisioterapia, 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 de la misma • suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por el SNF • análisis de laboratorio realizados en los SNF • radiografías y otros servicios de radiología que se brindan en centros de reposo • aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente se brindan en centros de reposo • servicios médicos/de proveedores Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) Por lo general, recibe atención en un SNF que sea parte de la red. En ciertas situaciones, es posible que pueda recibir atención en un centro 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 residencial de atención continua donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde 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/o referencia 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 personas que no pueden recibir atención en casa pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios por los que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • comidas, incluso las dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, 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). Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de reposo (continuación) • sangre, incluyendo el almacenamiento y la administración de la misma • suministros médicos y quirúrgicos que generalmente se brindan en centros de reposo. • exámenes de laboratorio que generalmente se realizan en centros de reposo • radiografías y otros servicios de radiología que generalmente se brindan en centros de reposo • uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente se brindan en centros de reposo • servicios de médicos/profesionales de salud • 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 centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro 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 residencial de atención continua donde estaba viviendo inmediatamente antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde 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.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Pagamos por los siguientes servicios y por otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí: • habitación semiprivada (o habitación 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 • análisis de laboratorio • radiografías y otros servicios radiológicos • suministros quirúrgicos y médicos necesarios • dispositivos, como sillas de ruedas • servicios de quirófano y sala de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios como paciente hospitalizado por consumo de sustancias • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinales/multiviscerales. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$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 estabilice su emergencia.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación) 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. • sangre, incluyendo el almacenamiento y la administración de la misma. La cobertura de sangre completa y de concentrados de glóbulos rojos comienza únicamente con la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar los costos de las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o bien usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás componentes de la sangre se cubren comenzando con la primera pinta. • servicios médicos Nota: Para ser paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarle formalmente como paciente hospitalizado en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que igual se le considere paciente “ambulatorio”. Si no sabe con certeza si es paciente hospitalizado o paciente ambulatorio, pregúntelo al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i> disponible en 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.	



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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos Alimentos y productos agrícolas* Si se determina que usted es elegible, este plan incluye un beneficio de alimentos y productos agrícolas para miembros con ciertas condiciones crónicas. Los beneficios incluyen: • Usted tiene una asignación combinada de \$240 por trimestre para la compra de alimentos y productos agrícolas saludables y nutritivos (si cumple con las condiciones de elegibilidad) y de artículos de venta sin receta (OTC). • Puede comprar alimentos y productos elegibles a los minoristas participantes locales para ayudarle a mantener una dieta saludable y cubrir sus necesidades nutricionales. • Esta asignación no se puede combinar con su asignación de \$1,500 por año para servicios de audición no cubiertos por Medicare. • Este beneficio entra en vigor el primer día de cada trimestre (1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre) y cualquier parte de la asignación que no se use no puede transferirse de un trimestre a otro. • Una vez que haya agotado su asignación trimestral, será responsable de todos los costos de sus compras hasta que comience el próximo trimestre. Para ser elegible para este beneficio (no todos los miembros cumplen con los requisitos), debe tener al menos una de las siguientes condiciones crónicas: • Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD) • Trastornos autoinmunes: ○ Poliarteritis nodosa ○ Polimialgia reumática ○ Polimiositis ○ Dermatomiositis ○ Artritis reumatoide ○ Lupus eritematoso sistémico ○ Artritis psoriásica ○ Esclerodermia Este beneficio continúa en la página siguiente	

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (continuación) • Cáncer • Trastornos cardiovasculares: ○ Arritmias cardíacas ○ Arteriopatía coronaria ○ Enfermedad vascular periférica ○ Enfermedades de las válvulas del corazón • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes mellitus • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Enfermedad gastrointestinal crónica: ○ Enfermedad hepática crónica ○ Enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD) ○ Hepatitis B ○ Hepatitis C ○ Pancreatitis ○ Síndrome de intestino irritable ○ Enfermedad inflamatoria intestinal • Enfermedad renal crónica (ERC): ○ ERC que requiere diálisis/enfermedad renal en estado terminal (ESRD) ○ ERC que no requiere diálisis • Trastornos hematológicos graves: ○ Anemia aplásica ○ Hemofilia ○ Púrpura trombocitopénica inmune ○ Síndrome mielodisplásico ○ Enfermedad de células falciformes (excepto el rasgo de células falciformes) ○ Trastorno tromboembólico venoso crónico • VIH/SIDA • Trastornos pulmonares crónicos: ○ Asma, bronquitis crónica ○ Fibrosis quística ○ Enfisema ○ Fibrosis pulmonar ○ Hipertensión pulmonar ○ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) Este beneficio continúa en la página siguiente	

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (continuación) • Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes: ○ Trastornos bipolares ○ Trastornos depresivos mayores ○ Trastorno paranoide ○ Esquizofrenia ○ Trastorno esquizoafectivo ○ Trastornos de estrés postraumático (TEPT) ○ Trastornos alimentarios ○ Trastornos de ansiedad • Trastornos neurológicos: ○ Esclerosis lateral amiotrófica (ELA) ○ Epilepsia ○ Parálisis extendida (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia) ○ Enfermedad de Huntington ○ Esclerosis múltiple ○ Enfermedad de Parkinson ○ Polineuropatía ○ Fibromialgia ○ Síndrome de fatiga crónica ○ Lesiones de la médula espinal ○ Estenosis espinal ○ Déficit neurológico secundario a derrame cerebral • Derrame cerebral • Atención posterior a trasplante de órgano(s) • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores • Condiciones asociadas al deterioro cognitivo: ○ Enfermedad de Alzheimer ○ Discapacidades intelectuales y del desarrollo ○ Lesiones cerebrales traumáticas ○ Enfermedad mental incapacitante asociada a deterioro cognitivo ○ Deficiencia cognitiva leve Este beneficio continúa en la página siguiente	

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (continuación) • Condiciones asociadas a problemas funcionales y que requieren servicios similares, incluidas las siguientes: ○ Lesiones de la médula espinal ○ Parálisis ○ Pérdida de extremidad ○ Derrame cerebral ○ Artritis • Condiciones crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato • Condiciones que requieren servicios de terapia continuos para que las personas puedan mantener o conservar sus funciones Este plan determinará si es elegible para el beneficio de alimentos y productos agrícolas usando la información de su médico o comunicándose con su médico para obtener una declaración firmada sobre una o más de sus condiciones crónicas. Recibirá una Guía del Miembro por correo junto con su tarjeta Flex. La tarjeta Flex es una tarjeta de gastos con asignaciones elegibles precargadas para ayudar a pagar los beneficios cubiertos. Su Guía del Miembro describirá las asignaciones disponibles precargadas en su tarjeta Flex, así como dónde encontrar detalles adicionales sobre sus beneficios cubiertos y cómo gestionar su cuenta. Para más información sobre este beneficio, llame al 1-877-429-3245 [TTY: 711], de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. También puede consultar más detalles en línea en bscalflexbenefits.com. *Los servicios no se consideran para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	



	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Capacitación, servicios y suministros para el automanejo de la diabetes Pagamos por los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (así usen insulina o no): • Suministros para monitorear su nivel de glucosa en sangre, incluidos los siguientes: ○ un monitor de glucosa en sangre ○ tiras reactivas para medir la glucosa en sangre ○ 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 tienen una enfermedad grave de 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; ○ ○ 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) • En algunos casos, pagamos por la capacitación que le permitirá manejar su 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 una aprobación previa (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. Los monitores continuos de glucosa y sus suministros (es decir, sensores/receptores) requerirán autorización previa. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Cirugía ambulatoria Pagamos la cirugía ambulatoria y los servicios en establecimientos hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. Nota: Si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será como paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para ingresarle como paciente hospitalizado, se le considerará paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que igual se le considere paciente ambulatorio. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio o centro hospitalario para pacientes ambulatorios.
	Consulta anual de bienestar Puede hacerse un examen médico 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 consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su consulta de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario haber tenido una consulta de Bienvenida a Medicare para recibir consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	\$0
	Consulta de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (del 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 consulta, su médico puede: • conversar con usted sobre el uso de aspirina, • medir su presión arterial y/o • darle consejos para asegurarse de que está alimentándose bien.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 paliativos para pacientes terminales; por lo tanto, no tiene que tener una esperanza de vida de seis meses o menos para cumplir con los requisitos para recibir 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 con 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 • manejo del dolor y los síntomas No puede recibir cuidados paliativos y para pacientes terminales al mismo tiempo si tiene más de 21 años. Si está recibiendo cuidados paliativos y cumple con la elegibilidad para recibir cuidados paliativos para pacientes terminales, puede solicitar que le cambien a cuidados paliativos para pacientes terminales en cualquier momento.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidados paliativos para pacientes terminales Tiene derecho a elegir cuidados paliativos para pacientes terminales si su proveedor y el director médico del programa correspondiente determinan que su pronóstico es 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 certificado por Medicare de cuidados paliativos para pacientes terminales. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas certificados por Medicare de cuidados paliativos para pacientes terminales en el área de servicio del plan, incluidos los programas que administramos como propietarios, controlamos o en los que tenemos una participación financiera. Su médico de cuidados paliativos para pacientes 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 Cuando es admitido en un programa de cuidados paliativos para pacientes terminales, tiene derecho a permanecer en nuestro plan. Los servicios de cuidados paliativos para pacientes 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: • Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos para pacientes terminales por sus servicios de cuidados paliativos para pacientes terminales y cualquier servicio de la Parte A o la Parte B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos para pacientes terminales, su proveedor de cuidados paliativos para pacientes terminales facturará a Medicare Original por los servicios que paga Medicare Original. Este beneficio continúa en la página siguiente	Cuando se inscribe en un programa certificado por Medicare de cuidados paliativos para pacientes terminales, sus servicios de cuidados paliativos para pacientes terminales y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal se pagan por Medicare Original, no por Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. \$0 por servicios de consulta sobre cuidados paliativos para pacientes terminales (por única vez)

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidados paliativos para pacientes terminales (continuación) 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 programa de cuidados paliativos para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para más información, consulte el Capítulo 5 de esta <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. Nota: Si necesita cuidados no paliativos, llame a su coordinador de atención y/o a Servicio al Cliente para coordinar los servicios. Los cuidados no paliativos para pacientes terminales son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre servicios de interconsulta para cuidados paliativos (una sola vez) para un miembro con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos para pacientes terminales. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Dispositivos ortopédicos, prótesis 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 el cuidado de la colostomía • nutrición enteral y parenteral, incluidos kits de suministros de alimentación, bomba de infusión, sondas y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas • marcapasos • aparatos ortopédicos • 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 y pañales para la incontinencia Pagamos por 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 “Atención de la vista” más adelante en esta tabla para obtener más detalles. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 lo detallado a continuación: • 22 comidas y 10 refrigerios por alta • Las comidas y los refrigerios se dividirán en hasta dos entregas separadas según sea necesario. • La cobertura se limita a dos altas por año. Para más información, llame a Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). *Los servicios no se consideran para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	\$0 por cada entrega de comida a domicilio cubierta.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados Consulte el Capítulo 12 de esta <i>Guía para los Miembros</i> para conocer la 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 Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) • camas ortopédicas ordenadas 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 • bastón de mango curvo estándar o de cuatro patas 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 pagan Medicare y Medi-Cal. Si nuestro proveedor en su zona no ofrece una marca o no trabaja con un fabricante en particular, 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>	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos en un hospital o 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 de pacientes hospitalizados no está cubierta, es posible que paguemos por los servicios que reciba mientras esté en un hospital o un centro 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 • pruebas de diagnóstico, como análisis de laboratorio • terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • vendas quirúrgicas • férulas, 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 que no funciona o funciona mal. • aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros, 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 • fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional <i>Es posible que se requiera una autorización previa y/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	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 y/o referencias.	\$0
	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 ayudarle a bajar de peso. Debe recibir el asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa manera, podrá gestionarse con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.	\$0
	Evaluación y asesoramiento por abuso de alcohol Pagamos una prueba de detección 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 al año (si está en condiciones alerta durante el asesoramiento) con un proveedor de atención primaria (PCP) calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.	\$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Examen físico anual* Tiene cubierto un examen físico de rutina cada 12 meses además de su consulta anual de bienestar. Esta consulta incluye una revisión integral de sus antecedentes médicos y familiares, una evaluación detallada de pies a cabeza y otros servicios, referencias y recomendaciones que puedan ser apropiados. *Los servicios no se consideran para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	\$0
	Medicamentos 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). Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite imágenes y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento. Hable con su médico sobre qué imágenes y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) - factores de la coagulación de la sangre que usted se inyecta usted mismo si tiene hemofilia - medicamentos inmunosupresores para trasplantes: Medicare cubre la terapia de medicamentos para el trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano(s). Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba los medicamentos inmunosupresores. 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 está confinada en su casa, tiene una fractura que un médico certifica que tiene relación con su osteoporosis secundaria 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 se toman 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 Este beneficio continúa en la página siguiente	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se usan 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) cubiertos por la Parte B de Medicare • medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato en virtud del sistema de pago de la ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar • ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluida la heparin, el antídoto para la heparin (cuando sea médicamente 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 Methoxy polyethylene glycol-epotin 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) Este beneficio continúa en la página siguiente	



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) 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 de la Parte D de Medicare. El Capítulo 5 de esta <i>Guía para los Miembros</i> explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las reglas que debe seguir para que sus medicamentos con receta estén cubiertos. El Capítulo 6 de esta <i>Guía para los Miembros</i> explica lo que usted paga por sus medicamentos a través de nuestro plan. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
	Medición de masa ósea Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que cumplen con los requisitos (en general, alguien en riesgo de perder masa ósea o con riesgo de 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 revise y comente los resultados.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Observación en un hospital como paciente ambulatorio Pagamos los servicios de observación en un hospital como paciente ambulatorio para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede recibir el alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren únicamente cuando los ordena un médico u otra persona autorizada por las leyes estatales y las normas del personal del hospital para ingresar pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, se le considerará paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que igual se le considere paciente ambulatorio. Si no sabe con certeza si es paciente ambulatorio, pregúntelo al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i> disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf <i>Es posible que se requiera una referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contagiarse el VIH, cubrimos el medicamento de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si cumple con los requisitos, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluido el cargo por inyección del medicamento, si corresponde. • Hasta ocho sesiones individuales de asesoramiento (incluida la evaluación del riesgo de VIH, cómo reducir el riesgo y adherencia a medicamentos) cada 12 meses. • Hasta ocho pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una prueba de detección única del virus de la hepatitis B.	\$0
	Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Nuestro plan paga los servicios del MDPP para las personas elegibles. 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

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

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Programas de educación para la salud y el bienestar* (continuación) Llame al 1-877-304-0504 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. SilverSneakers Usted tiene cobertura para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers que incluye: • Una red nacional de gimnasios y centros comunitarios participantes con clases grupales de acondicionamiento físico y servicios en ciertos locales; puede inscribirse en tantos locales como desee • Clases y talleres en línea en vivo a través de SilverSneakers LIVE™, los 7 días de la semana, por la mañana, por la tarde y por la noche • Videos del programa de ejercicios y bienestar en línea a pedido a través de SilverSneakers On-Demand™, las 24 horas del día, los 7 días de la semana • Acceso a la aplicación móvil con programas de acondicionamiento físico, seguimiento de su actividad y su N.º de identificación del miembro a través de SilverSneakers GO™, las 24 horas del día, los 7 días de la semana • Conexión comunitaria y apoyo para el bienestar en persona y virtualmente a través de SilverSneakers Community Para comenzar a usar el beneficio, busque su número de identificación de SilverSneakers, gimnasios y clases en silversneakers.com. Si tiene más preguntas sobre su beneficio, llame al 1-888-423-4632 [TTY: 711], de lunes a viernes, de 5:00 a.m. a 5:00 p.m., PT. Cuando vaya al gimnasio participante de su elección, el personal lo inscribirá en su sistema usando su número de identificación de SilverSneakers. También puede solicitar una visita guiada por las instalaciones para ver todos los servicios y dónde están las aulas. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Programas de educación para la salud y el bienestar* (continuación) Se ofrecen kits de acondicionamiento físico para miembros que desean comenzar a ejercitarse en casa o para aquellos que no pueden llegar a un gimnasio participante a causa de lesión, enfermedad o por estar confinados en casa. Los miembros pueden elegir un kit por año, y cada kit incluye una guía de inicio rápido. Los kits de acondicionamiento físico disponibles incluyen: ● Caminar: incluye un podómetro. ● Tonificar: incluye una pelota de ejercicio. ● Fortalecer: incluye una banda de resistencia. ● Yoga: incluye una correa para hacer yoga. Siempre hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios. *Los servicios no se consideran para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	
	Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos por una prueba de ultrasonido única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una referencia de su médico, asociado médico (PA), enfermero especializado (NP) o enfermero especialista clínico (CNS).	\$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Prueba de detección de cáncer cervical y de 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 cervical o de 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 de entre 30 y 65 años: prueba del virus del papiloma humano (VPH) o prueba de Papanicolaou más prueba del VPH una vez cada cinco años	\$0
	Prueba de detección de cáncer colorrectal Pagamos por los siguientes servicios: • Una colonoscopia sin límite mínimo ni máximo de edad cada 120 meses (diez 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. • Se cubre la colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal cuando hayan pasado al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o cuando hayan pasado 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede pagar una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses desde el mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años y más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo, después de que el paciente se haya realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años y más. 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 tres años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento si una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva de sangre en las heces cubierta por Medicare arroja un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado de, y en la misma consulta clínica que la prueba de detección. <i>Es posible que se requiera una referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) 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 una cajetilla 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. Si un proveedor elige proporcionar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida en relación con las pruebas de detección del cáncer de pulmón, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para este tipo de interconsulta.	\$0
	Prueba de detección de diabetes Pagamos por esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa) Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Prueba de detección de diabetes (continuación) Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos; por ejemplo, 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.	\$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 preventiva cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	\$0
	Prueba de detección del VIH Pagamos por una prueba 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. Si está embarazada, pagamos por hasta tres pruebas de detección del VIH durante un embarazo. También pagamos pruebas de detección adicionales del VIH cuando lo recomienda su proveedor.	\$0



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Prueba de detección y asesoramiento por infecciones de transmisión sexual (ITS) Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas con un mayor riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual. 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
	Pruebas 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
	Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagamos por 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

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la ordena y usted cumple con una de estas condiciones: • Tiene un riesgo alto porque usa o ha usado drogas ilícitas inyectables. • Se le realizó una transfusión de sangre antes de 1992. • Usted nació entre 1945 y 1965. Si usted nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección por única vez. Si tiene riesgo alto (por ejemplo, ha seguido usando drogas ilícitas inyectables desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos pruebas de detección anuales.	\$0
	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 • radioterapia (radio e isótopos), incluidos suministros y materiales técnicos • suministros quirúrgicos, como vendas • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • análisis de laboratorio • sangre, incluyendo el almacenamiento y la administración de la misma Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación) • pruebas de diagnóstico que no son análisis de laboratorio, como tomografía computarizada, resonancia magnética, electrocardiogramas (ECG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro proveedor de atención médica los ordena para tratar una condición médica • otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios <i>Es posible que se requiera una autorización previa y/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
Servicios adicionales de telesalud* Teladoc Health ofrece consultas médicas por teléfono o videollamada las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año. Los médicos de Teladoc Health pueden diagnosticar y tratar condiciones médicas básicas y también pueden recetar ciertos medicamentos. Teladoc Health es un servicio complementario que no pretende reemplazar la atención de su proveedor de atención primaria. Inicie sesión en blueshieldca.com/teladochealth o en la aplicación Blue Shield of California para solicitar una consulta. Si tiene preguntas, puede llamar a Teladoc Health 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 consideran para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	\$0



	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	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 • servicios de tratamiento por consumo de alcohol y/o drogas en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo • tratamiento con Naltrexone (vivitrol) de liberación prolongada <i>Es posible que se requiera una autorización previa y/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0 por cada visita de terapia individual o grupal.
	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 por CBAS si cumple con los criterios de elegibilidad. Para obtener ayuda con la elegibilidad para CBAS, llame a 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. Esta llamada es gratuita. Nota: Si no hay un centro de CBAS disponible, podemos proporcionar estos servicios por separado.	\$0



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen traslados terrestres y aéreos (avión y helicóptero). La ambulancia le trasladará al lugar más cercano que pueda atenderle. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar al lugar de 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. Podríamos pagar una ambulancia en ciertos casos que no sean emergencias. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar al lugar de 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
	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. También se pueden proporcionar hasta nueve consultas posparto adicionales.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 en un hospital o un centro comunitario de salud mental cuyo nivel de cuidado tiene mayor complejidad que la atención que recibe en el consultorio de su médico, psicoterapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional de salud mental con licencia. Puede ayudarle a evitar que tenga que permanecer en el hospital. El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento terapéutico activo de salud mental proporcionado como servicio ambulatorio en un hospital, centro comunitario de salud mental, centro de salud calificado federalmente o clínica de salud rural con un nivel de complejidad más alto que la atención que pueda recibir en el consultorio de su médico, psicoterapeuta, LMFT o consejero profesional de salud mental con licencia, pero menos intensivo 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/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 del médico ○ centro quirúrgico ambulatorio certificado ○ departamento ambulatorio de un hospital ○ cualquier otra ubicación • consultas, diagnóstico y tratamiento 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 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, infecciones respiratorias, problemas sinusales, erupciones, infecciones oculares, migrañas y más. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una visita presencial o de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca consultas de 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 que reciben diálisis en el hogar; las visitas pueden ser en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico hospitalario, un centro de diálisis renal o en el hogar • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médico/proveedor, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación) • servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concomitante, independientemente de su ubicación • servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental; servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal. • controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante cinco a diez minutos si ○ usted no es un paciente nuevo y ○ el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos siete días y ○ el control 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 en los últimos siete 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 <i>Es posible que se requiera una referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 • análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico de planificación familiar • métodos de planificación familiar (SIU/DIU, implantes, inyecciones, pastillas anticonceptivas, parche o anillo) • 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, pruebas y tratamiento de la salud preconcepcional para infecciones de transmisión sexual (ITS) • asesoramiento y pruebas 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: Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de planificación familiar (continuación) • 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	
Servicios de podiatría Pagamos por los siguientes servicios: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • cuidado de los pies de rutina para los miembros que tienen condiciones que afectan las piernas, como la diabetes • cuidado de los pies de rutina (no cubierto por Medicare)*, que cubre: ○ el corte o la eliminación de callos y callosidades ○ el corte, recorte o desbridamiento de uñas *Los servicios no se consideran para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan. <i>Es posible que se requiera una referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca (del 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. Cubrimos estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas condiciones: • ataque al corazón en los últimos 12 meses • cirugía de <i>bypass</i> aortocoronario • angina de pecho estable (dolor en el pecho) • reparación o reemplazo de una válvula cardíaca • angioplastia coronaria (un procedimiento médico usado para desobstruir una arteria) o colocación de <i>stent</i> coronario (un procedimiento usado para mantener una arteria abierta) • trasplante de corazón o de corazón y pulmón • insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener dos sesiones al día (cada una con una hora de duración) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si cumple con los requisitos, es posible que pueda recibir 36 sesiones más, que se pueden distribuir a lo largo de un período de tiempo más largo. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Pagamos por fisioterapia, 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 otros centros. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
	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/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
	Servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP) Nuestro plan paga por el tratamiento del trastorno por uso de opioides (OUD) a través de un OTP que incluye los siguientes servicios: • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y, si corresponde, administrar y suministrarle estos medicamentos Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP) (continuación) • asesoramiento sobre el abuso de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas de drogas o sustancias químicas en su cuerpo (pruebas de toxicología) <i>Es posible que se requiera una autorización previa y/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
Servicios dentales Pagamos por ciertos servicios dentales, que incluyen, entre otros, evaluaciones orales, radiografías dentales 3D, coronas y dentaduras postizas. Los servicios que no cubrimos están disponible a través de Medi-Cal Dental, y se describen en la Sección G2 a continuación. Pagamos por algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de un beneficiario. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes hechas en preparación para el tratamiento de radiación por cáncer que involucra a la mandíbula o exámenes orales antes de un trasplante de órgano. Además, cubrimos algunos servicios dentales integrales*. La Tabla de procedimientos de beneficios dentales (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 de la red con licencia y cuando son necesarios y habituales según lo determinen los estándares de la práctica dental generalmente aceptada. Puede ver la información sobre cómo acceder a los servicios cubiertos después de la Tabla de procedimientos de beneficios dentales. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0 por servicios dentales cubiertos por Medicare



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales (continuación) 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. Ciertos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental. Puede ver 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 rebases Para 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.	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 análisis de laboratorio y las pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • 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 férulas y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que usted no puede autoadministrarse <i>Es posible que se requiera una autorización previa y/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 la unidad psiquiátrica de un hospital general. • 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/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
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



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios relacionados con la audición Nosotros pagamos por las pruebas de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor. Esas pruebas indican si usted necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando los recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Servicios relacionados con la audición (no cubiertos por Medicare)* Este plan incluye servicios relacionados con la audición además de los cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Los beneficios incluyen: • Tiene una asignación de \$1,500 por año para los siguientes servicios relacionados con la audición no cubiertos por Medicare: ○ Un examen de audición de rutina (no cubierto por Medicare) ○ Hasta dos audífonos (se aplica a ambos oídos combinados) ○ Hasta dos ajustes y evaluaciones de audífonos • Puede obtener estos servicios con el proveedor de audífonos que usted elija. • Esta asignación no se puede combinar con su asignación de \$240 por trimestre para alimentos y productos agrícolas (si cumple con las condiciones de elegibilidad) y artículos de venta sin receta (OTC). • Este beneficio entra en vigor el primer día de cada año y cualquier parte de la asignación que no se use no puede transferirse de un año a otro. Recibirá una Guía del Miembro por correo junto con su tarjeta Flex. La tarjeta Flex es una tarjeta de gastos con asignaciones elegibles precargadas para ayudar a pagar los beneficios cubiertos. Su Guía del Miembro describirá las asignaciones disponibles precargadas en su tarjeta Flex, así como dónde encontrar detalles adicionales sobre sus beneficios cubiertos y cómo gestionar su cuenta. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios relacionados con la audición (continuación) Para más información sobre este beneficio, llame al 1-877-429-3245 [TTY: 711], de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. También puede consultar más detalles en línea en bscaflexbenefits.com. *Los servicios no se aplican al límite de gastos de bolsillo del plan. Además de los servicios de audición no cubiertos por Medicare descritos en esta sección, también pagamos por los audífonos cuando los receta 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 adaptación con el mismo proveedor después de que usted reciba los audífonos • alquiler de audífonos 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	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 ayudarle 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 esta <i>Guía para los Miembros</i>, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado si se le ingresa como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial • Capacitación para la autodiálisis, incluida 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 supervisar su diálisis en el hogar, ayudar en las emergencias y revisar el equipo de diálisis y suministro de agua. La Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para el tratamiento de diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de la Parte B de Medicare” en esta tabla. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Tabaquismo y estrategias para dejar de fumar El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto como paciente ambulatorio y hospitalizado para personas que cumplen con estos criterios: • consumen tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco • son competentes y están alertas durante el asesoramiento • un médico calificado u otros proveedores médicos reconocidos por Medicare les brindan el asesoramiento Cubrimos dos intentos de dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con un máximo de ocho sesiones por año).	\$0
	Terapia de ejercicio supervisada (SET) Pagamos la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática que tengan una referencia para 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 Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de ejercicio supervisada (SET) (continuación) El programa de 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 • bajo la supervisión directa de un médico, asociado médico (PA) o enfermero especializado (NP)/enfermero especialista clínico (CNS) capacitado en técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas. <i>Es posible que se requiera una autorización previa y/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
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 mangueras o catéteres. Nuestro plan cubre servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros: Este beneficio continúa en la página siguiente	Copago de \$0 por cada visita cubierta de terapia de infusión en el hogar.

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Terapia de infusión en el hogar (continuación) • 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 la prestación 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/o referencia y esta es responsabilidad de su proveedor.</i>	
	Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón si es referido por su médico. Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento individual 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 individual cada año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la referencia de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la referencia cada año si usted necesita tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Transporte: Transporte médico que no es de emergencia Este beneficio permite el transporte médico para un servicio cubierto por nuestro plan y Medicare. Esto puede incluir: servicios de transporte médico en ambulancia, furgoneta con camilla, furgoneta para silla de ruedas y coordinación con servicios de paratransito. Tiene hasta un límite combinado de 24 viajes en total (ida y vuelta cuenta por dos) al año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan para transporte médico que no es de emergencia y transporte no médico. Ningún viaje puede superar las 70 millas. Medi-Cal cubre viajes ilimitados a lugares aprobados después de que se hayan usado sus 24 viajes en total (ida y vuelta cuenta por dos). Los medios de transporte se autorizan cuando: • Su proveedor médico determina que 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 • es posible que se requiera una autorización previa, dependiendo del servicio. La coordinación del transporte está a cargo de Call the Car. Los miembros deben comunicarse con Call the Car al 1-855-200-7544 [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. *Los servicios no se consideran para el 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>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Transporte: Transporte no médico Tiene hasta un límite combinado de 24 viajes en total (ida y vuelta cuenta por dos) al año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan para transporte médico que no es de emergencia y transporte no médico. Ningún viaje puede superar las 70 millas. Medi-Cal cubre viajes ilimitados a lugares aprobados después de que se hayan usado sus 24 viajes en total (ida y vuelta cuenta por dos). Este beneficio permite el transporte en auto, taxi u otras formas de transporte público/privado hacia los servicios médicos. Cuando necesita transporte para acceder a la atención médica necesaria cubierta por Medi-Cal, incluidos los traslados a citas dentales y para recoger medicamentos. Está cubierto el transporte para servicios cubiertos tanto por Medi-Cal como por Medicare. La coordinación del transporte está a cargo de Call the Car. Comuníquese con Call the Car al 1-855-200-7544 [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 pueden usar los miembros de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 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 “CTC-Go” en su tienda de aplicaciones y descárguela. *Los servicios no se consideran para el 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>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	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 nunca ha recibido una serie completa, no sabe su historial de vacunación o tiene cualquier otra condición que le ponga en 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 estas 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 esta <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

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” que se hace solamente una vez. La consulta incluye lo siguiente: • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre servicios preventivos que necesita (incluidos exámenes de detección y vacunas), y • referencias para otros cuidados si los necesita. Nota: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido 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 visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.	\$0

E. Tabla de procedimientos de beneficios dentales cubiertos

Tabla de procedimientos de beneficios dentales

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

La siguiente **Tabla 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 de la red con licencia y cuando son necesarios y habituales 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 conocidas como Limitaciones). Consulte la columna “Limitaciones generales” en la **Tabla de procedimientos de beneficios dentales** a continuación y las “Exclusiones generales” enumeradas después de la **Tabla de procedimientos de beneficios dentales** para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Importante: Todos los límites de frecuencia enumerados en la columna “Limitaciones generales” de la **Tabla de procedimientos de beneficios dentales** a continuación que no especifican “por 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 determinen los estándares de la práctica dental generalmente aceptada.

Los servicios se enumeran con el código de procedimiento de la Asociación Dental Americana (ADA) según la terminología dental actual. Las leyes federales exigen 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 exijan las leyes. 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 **1-866-247-2486 [TTY: 711]**, los siete días de la semana (excepto los días festivos) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

Código ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos para usted	Lo que usted paga	Limitaciones generales
Exámenes orales			
D0140	Evaluación oral limitada - por problema específico	\$0	1 por año calendario
Otros servicios dentales de diagnóstico			
D0190	Prueba de detección de un paciente	\$0	1 (D0190 o D0191) cada año calendario
D0191	Evaluación de un paciente	\$0	1 (D0190 o D0191) cada año calendario
D0364	Captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión limitado – menos de una maxila/mandíbula completa	\$0	1 (D0364, D0365, D0366 o D0367) cada año calendario
D0365	Captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de un arco dental completo – mandíbula	\$0	1 (D0364, D0365, D0366, D0367 o D0368) cada año calendario

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



Código ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos para usted	Lo que usted paga	Limitaciones generales
D0366	Captura e interpretación de tomografía computarizada con haz cónico con campo de visión de un arco dental completo – maxilar, con o sin cráneo	\$0	1 (D0364, D0365, D0366, D0367 o D0368) cada año calendario
D0367	Captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de la maxila y la mandíbula, con o sin cráneo	\$0	1 (D0364, D0365, D0366, D0367 o D0368) cada año calendario
D0368	Captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico para series de la articulación temporomandibular que incluyen dos o más exposiciones	\$0	1 (D0364, D0365, D0366, D0367 o D0368) cada año calendario
D0380	Captura de imagen de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión limitado – menos de una maxila/mandíbula completa	\$0	Incluidos en el cargo por el servicio completado
D0381	Captura de imagen de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de un arco dental completo – mandíbula	\$0	Incluidos en el cargo por el servicio completado
D0382	Captura de imagen de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de un arco dental completo – maxila, con o sin cráneo	\$0	Incluidos en el cargo por el servicio completado
D0383	Captura de imagen de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de la maxila y la mandíbula, con o sin cráneo	\$0	Incluidos en el cargo por el servicio completado
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

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Código ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos para usted	Lo que usted paga	Limitaciones generales
Periodoncia			
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular - cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes, por cuadrante	\$0	1 (D4240 o D4241) por cuadrante cada 3 años calendario
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular - de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por dientes, por cuadrante	\$0	1 (D4240 o D4241) por cuadrante cada 3 años calendario
D4263	Injerto de reemplazo óseo, diente natural retenido, primer sitio en el cuadrante	\$0	1 por diente cada 3 años calendario
D4264	Injerto de reemplazo óseo, diente natural retenido, cada sitio adicional en el cuadrante	\$0	1 por diente cada 3 años calendario
D4266	Regeneración tisular guiada, dientes naturales – barrera reabsorbible, por sitio	\$0	1 (D4266 o D4267) por diente cada 3 años calendario
D4267	Regeneración tisular guiada, dientes naturales – barrera no reabsorbible, por sitio	\$0	1 (D4266 o D4267) por diente cada 3 años calendario
Prótesis dentales, extraíbles			
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	\$0	1 (D5221, D5223, D5225 o D5227) cada 5 años calendario
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	\$0	1 (D5222, D5224, D5226 o D5228) cada 5 años calendario
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - estructura de metal fundido con base de resina para dentaduras postizas (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	\$0	1 (D5221, D5223, D5225 o D5227) cada 5 años calendario
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - estructura de metal fundido con base de resina para dentaduras postizas (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	\$0	1 (D5222, D5224, D5226 o D5228) cada 5 años calendario
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar - base flexible (incluidos los materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	\$0	1 (D5221, D5223, D5225 o D5227) cada 5 años calendario

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Código ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos para usted	Lo que usted paga	Limitaciones generales
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular - base flexible (incluidos los materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	\$0	1 (D5222, D5224, D5226 o D5228) cada 5 años calendario
D5227	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata – base flexible (incluidos cualquier gancho, apoyo y diente)	\$0	1 (D5221, D5223, D5225 o D5227) cada 5 años calendario
D5228	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base flexible (incluidos cualquier gancho, apoyo y diente)	\$0	1 (D5222, D5224, D5226 o D5228) cada 5 años calendario
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	Rebasar dentadura postiza maxilar completa	\$0	1 por año calendario (no cubierto dentro de los 6 meses de la colocación inicial)
D5711	Rebasar dentadura postiza mandibular completa	\$0	1 por año calendario (no cubierto dentro de los 6 meses de la colocación inicial)
D5720	Rebasar dentadura postiza parcial maxilar	\$0	1 por año calendario (no cubierto dentro de los 6 meses de la colocación inicial)
D5721	Rebasar dentadura postiza parcial mandibular	\$0	1 por año calendario (no cubierto dentro de los 6 meses de la colocación inicial)
Prótesis dentales, fijas			
D6240	Pónico - porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$0	1 por diente cada 5 años calendario
D6242	Pónico: porcelana fundida con metal noble	\$0	1 por diente cada 5 años calendario
D6250	Pónico: resina con alto contenido de metal noble	\$0	1 por diente cada 5 años calendario

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Código ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos para usted	Lo que usted paga	Limitaciones generales
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
Cirugía oral y maxilofacial			
D7953	Injerto de reemplazo óseo para la preservación del reborde, por sitio	\$0	1 de por vida por sitio D7953 es un beneficio cuando se proporciona en el momento de la extracción del implante o diente
Servicios generales complementarios			
D9211	Anestesia de bloqueo regional	\$0	No se puede pagar por separado. Incluidos en el cargo por el servicio completado
D9212	Anestesia con bloqueo de la división del trigémino	\$0	No se puede pagar por separado. Incluidos en el cargo por el servicio completado
D9215	Anestesia local junto con procedimientos operatorios o quirúrgicos	\$0	No se puede pagar por separado. Incluidos en el cargo por el servicio completado

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.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



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 prestación de servicios dentales a través de una red de dentistas contratados. Si tiene alguna pregunta con respecto a la información en esta sección dental, necesita asistencia o tiene algún problema, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente del DPA al **1-866-247-2486 [TTY: 711]**, los siete días de la semana (excepto los días festivos) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 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 estatus 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 **1-866-247-2486 [TTY: 711]** los siete días de la semana (excepto los días festivos) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes 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 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 recibir servicios de atención dental cubiertos. Para programar una cita, simplemente llame al consultorio de su PCD e identifíquese como miembro de Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 **1-866-247-2486 [TTY: 711]** los siete días de la semana (excepto los días festivos) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

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



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. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan no cubre ningún otro tratamiento.

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 asistencia adicional para obtener información sobre su plan de tratamiento, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente del DPA al **1-866-247-2486 [TTY: 711]** los siete días de la semana (excepto los días festivos) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes 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 **1-866-247-2486 [TTY: 711]** los siete días de la semana (excepto los días festivos) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes 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 en 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 su dentista ya no tiene contrato con el DPA de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan

Si el dentista de la red que usted seleccionó no puede continuar con el contrato con el DPA porque no puede cumplir o ha incumplido el contrato, o si el DPA ha dado por terminado el contrato, el DPA le notificará al menos 30 días consecutivos antes de la fecha de cese efectiva del dentista para que pueda seleccionar a otro dentista de la red.

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



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 tratamiento (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 la determinación del diagnóstico y/o el plan de tratamiento realizada 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 los 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 **1-866-247-2486 [TTY: 711]** los siete días de la semana (excepto los días festivos) de 8 a.m. a 8 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes 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 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 Medicare + Medi-Cal Plan. Consulte la sección *Proceso de quejas formales y apelaciones* a continuación para obtener información adicional.

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 programa cubre servicios o gastos además de la atención dental. De lo contrario, los beneficios provistos por especialistas o dentistas fuera de la red en virtud de este Plan se coordinan con las otras pólizas de seguro grupal para servicios dentales o cualquier programa grupal de beneficios dentales. La determinación de cuál póliza o programa es la cobertura primaria se regirá por las reglas establecidas en el contrato.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



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 con el plan primario de beneficios dentales, siempre y cuando los beneficios estén cubiertos por este Plan.

Un miembro debe proporcionar al DPA y el DPA puede divulgar u obtener de cualquier compañía de seguros u otra organización cualquier información sobre el miembro que sea necesaria para administrar la coordinación de beneficios. El DPA determinará, a su entera discreción, si cualquier reembolso a una compañía de seguros u otra organización está justificado según las disposiciones de coordinación de beneficios descritas en este documento, y cualquier reembolso pagado de este tipo se considerará un beneficio según 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 formales 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 es extensiva a todos los servicios, desde los servicios profesionales proporcionados por dentistas de la red hasta la cortesía de nuestros representantes telefónicos durante las llamadas. 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 de la red, tiene derecho a presentar una queja formal o apelación ante Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 formal o apelación. Si tiene preguntas, llame al DPA al **1-866-247-2486 [TTY: 711]** los siete días de la semana (excepto los días festivos) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede comunicarse con Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Exclusiones generales para el plan dental HMO

- Cualquier procedimiento que no figure específicamente en la *Tabla de procedimientos de beneficios dentales*.
- Cualquier procedimiento que según la opinión profesional del dentista de la red:
 - 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
 - no se ajuste a los estándares generalmente aceptados para la odontología.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



- 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 el maxilar y la mandíbula, la ausencia congénita de dientes y los dientes decolorados o sin esmalte.
- Aparatos perdidos o robados, como dentaduras postizas completas o parciales y coronas.
- Procedimientos, aparatos o restauración si el propósito es cambiar la dimensión vertical o diagnosticar o tratar condiciones anormales de la articulación temporomandibular (ATM) a menos que se enumeren en la *Tabla de procedimientos de beneficios dentales*.
- Metales preciosos para aparatos extraíbles, bases metálicas o blandas permanentes para dentaduras postizas completas, piezas dentales de porcelana para dentaduras postizas, pilares de precisión para dentaduras postizas parciales extraíbles o dentaduras postizas parciales fijas (recubrimientos, implantes y aparatos asociados a ellas) y personalización y caracterización de dentaduras postizas completas y parciales.
- Aparatos y accesorios dentales soportados por implantes; colocación, mantenimiento, extracción de implantes y todos los demás servicios asociados con un implante dental.
- Consultas por beneficios no cubiertos.
- Servicios dentales recibidos de cualquier consultorio dental que no sea el dentista asignado de la red o un especialista dental previamente autorizado.
- Todos los cargos relacionados por ingreso, uso o estadía en un hospital, centro de cirugía ambulatoria, centro de atención prolongada u otro centro de atención similar.
- Medicamentos recetados.
- Gastos dentales incurridos en relación con cualquier procedimiento dental iniciado antes de la elegibilidad del miembro para el Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Algunos ejemplos incluyen: dientes preparados para coronas y dentaduras postizas completas o parciales para las cuales se ha tomado una impresión.
- Aparatos y/o terapias miofuncionales y parafuncionales.

F. Servicios de apoyo comunitarios

Puede obtener recursos de apoyo bajo su plan de atención médica personalizado. Los recursos de apoyos comunitarios son servicios o entornos alternativos médicamente apropiados y rentables para los miembros cubiertos por el Plan estatal de Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si cumple con los requisitos, estos servicios pueden ayudarle a vivir de manera más independiente. No reemplazan los beneficios que ya recibe a través de Medi-Cal.

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



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 recursos de apoyos 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 apoyos comunitarios a los miembros calificados en los condados de Los Ángeles y San Diego:

Adaptaciones de accesibilidad ambiental (modificaciones en el hogar)	Adaptaciones físicas en un hogar para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad de la persona y permitir que los miembros que de otro modo requerirían la institucionalización permanezcan en sus hogares.
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.
Centros de desintoxicación	Lugares seguros y de apoyo donde las personas pueden recuperar la sobriedad tras haber sido declaradas intoxicadas por alcohol o drogas en lugares públicos, y ayuda a personas sin vivienda o en situación de vida inestable que, de otro modo, serían enviadas al Departamento de Emergencias o a la cárcel.
Comidas médicamente adaptadas/Alimentos de apoyo médico	Apoyo nutricional para los miembros, especialmente aquellos con condiciones crónicas, cuando es fundamental cumplir con los objetivos nutricionales para recuperar la salud y mantenerse saludable.
Depósitos de vivienda	Los miembros reciben ayuda para encontrar, coordinar, conseguir o financiar servicios de una sola vez necesarios para establecer un hogar básico.
Programas de habilitación diurna	Esto ayuda a los miembros de Medi-Cal que no se encuentren un en entorno clínico a desarrollar las habilidades de autoayuda, socialización y adaptación necesarias para tener éxito en sus entornos domésticos.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



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 hospitalización o acudir a servicios de emergencia.
Servicios de cuidado personal y tareas domésticas	Los miembros reciben ayuda con actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, 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.
Servicios de relevo para cuidadores de miembros de Medi-Cal	Alivio no médico a corto plazo de las tareas de cuidador para aquellos que cuidan a los miembros de Medi-Cal que requieren supervisión temporal intermitente.
Servicios de tenencia y mantenimiento de vivienda	Los miembros obtienen ayuda para mantener una tenencia segura y estable después de encontrar una vivienda.
Servicios de transición a la comunidad/transición de un centro de reposo al hogar	Esto ayuda a los miembros a vivir en la comunidad y evitar una nueva institucionalización.
Servicios para facilitar la transición a la vivienda	Los miembros reciben ayuda para conseguir una vivienda.
Transición del centro de reposo/Derivación a centros de vida asistida	Esto ayuda a los miembros a vivir en la comunidad o evitar la institucionalización cuando sea posible.
Vivienda a corto plazo después de una hospitalización	Un lugar para miembros con grandes necesidades médicas o conductuales que no tienen una residencia para continuar recuperándose inmediatamente después del alta hospitalaria o de salir de un centro residencial.

Si necesita ayuda o desea saber qué servicios de apoyo comunitario pueden estar disponibles para usted, llame al 1-800-452-4413 (TTY 711) o a su proveedor de atención médica.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



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: 1-800-605-2556 / San Diego: 1-855-699-5557
- Llame a Opciones de Atención Médica (HCO) al 1-800-430-4263 (TTY 800-430-7077)
- 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 programa de pago por servicio de Medi-Cal.

G1. Transiciones Comunitarias de California (CCT)

El programa Transiciones Comunitarias de California (CCT) trabaja con organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que han vivido en una institución para pacientes internos durante al menos 60 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.

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



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 más información, consulte el **Capítulo 5** de esta *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 sea de CCT es aquella que **no** está relacionada con su transición desde un centro o institución.

G2. Medi-Cal Dental

Ciertos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental.

Puede ver más información en la página web SmileCalifornia.org. Medi-Cal Dental incluye, entre otros, servicios como:

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

Para 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 los condados de Los Ángeles, puede obtener beneficios dentales de Medi-Cal a través de un plan de atención dental administrada (Dental Managed Care Plan, Dental MCP). 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 del DMC también están disponibles aquí:

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

www.hpsm.org/dental

Consulte la **Sección D** de la Tabla de beneficios para obtener más información.

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



G3. Servicios de asistencia en el hogar (IHSS)

- El programa de IHSS ayuda a pagar a los proveedores de atención inscritos los servicios que usted recibe para poder 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.
- Para que pueda recibir servicios, se hace una evaluación para determinar qué tipos de servicios pueden autorizarse para cada participante en función de sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de 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, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para personas con discapacidad mental.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar IHSS ante la agencia de servicios sociales de su condado. También puede comunicarse con la oficina de IHSS de Los Ángeles al 1-888-944-4477 y con la oficina de IHSS de San Diego al 1-800-339-4661 para presentar la solicitud.

G4. Programas de Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCBS) según la sección 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 los ingresos en centros de enfermería especializada para aquellos beneficiarios con una necesidad inminente de internación en un centro de reposo.
- Los miembros que estén inscritos en la ALW pueden permanecer inscritos en la ALW y, al mismo tiempo, recibir los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su Agencia de Coordinación de Atención Médica de la ALW para coordinar los servicios que usted recibe.
- El programa de ALW actualmente solo está disponible en los siguientes condados: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Ángeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquín, San Mateo, Santa Clara y Sonoma.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar la ALW. Puede encontrar agencias locales que pueden ayudarle coordinar su atención del programa de ALW aquí: dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf



Exención de HCBS para Californianos con Discapacidades del Desarrollo (HCBS-DD)**Exención del Programa de Autodeterminación (SDP) de California para Personas con Discapacidades del Desarrollo**

- Hay dos exenciones según la sección 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 de Medicaid del gobierno federal y el estado de California. Su coordinador de atención puede ayudarle a conectarse con los servicios de exención por 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 profesional de enfermería 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 recursos de apoyo 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 de un familiar del participante.
- Los miembros que están inscritos en la exención HCBA pueden permanecer inscritos en la exención HCBA y, al mismo tiempo, recibir los beneficios de 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 1-800-251-6764 Llame a Access TLC al 1-800-852-9887



- San Ysidro Health es la agencia local de HCBA del condado de San Diego. Llame a San Ysidro Health al 1-833-503-5910, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP)

- El Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP) brinda servicios integrales de administración de casos y servicios de atención directa a personas que viven con VIH como una alternativa a la hospitalización o a internación en un centro de reposo. La administración de casos es un enfoque de equipo centrado en el participante que consta de un profesional de enfermería titulado 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 prestadores de servicios para evaluar las necesidades de atención para que el participante pueda permanecer 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 el MCWP. El Sistema Regional de Información y Evaluación del SIDA (ARIES) atiende 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 sociales y de manejo de la atención médica 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 servicios continuos de coordinación de la atención médica, 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 una evaluación psicosocial y de salud a cada participante del MSSP para determinar los servicios necesarios. Luego, el equipo trabaja con el participante del MSSP, su médico, su familia y otras personas para crear 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 Departamento de Asuntos sobre la Vejez de California (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 Departamento de Asuntos sobre la Vejez de California:
https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty.

G5. Servicios del condado para los trastornos de la conducta que se brindan fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y para 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 administrada de Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan no brinda servicios de salud mental especializados de Medi-Cal ni de trastornos por consumo de sustancias del condado, pero estos servicios están a su disposición por medio de agencias de salud conductual del condado.

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
 - servicios intensivos de tratamiento diurno
- rehabilitación diurna
 - servicios de intervención ante situaciones de crisis
 - servicios de estabilización de crisis
- servicios de tratamiento residencial de adultos
- servicios de tratamiento residencial ante situaciones de crisis
- servicios en un centro de salud psiquiátrica
- servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados
- administración de casos específicos



- servicios terapéuticos de salud conductual
- cuidado terapéutico de crianza temporal
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos en el hogar
- reingreso por orden de un tribunal
- tratamiento comunitario asertivo (ACT)
- tratamiento comunitario asertivo forense (FACT)
- atención médica especializada coordinada (CSC) para casos de primer episodio de psicosis (FEP)
- servicios de rehabilitación psicosocial (clubhouse)
- servicios mejorados de trabajadores de salud comunitarios (CHW)

Los servicios de medicamentos de Medi-Cal (DMC) están disponibles para usted a través de la agencia de salud conductual de su condado si cumple con los criterios para recibir estos servicios.

- servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- tratamiento residencial del trastorno por consumo de sustancias durante el periodo perinatal
- servicios de tratamiento ambulatorio
- programa de tratamiento de narcóticos
- medicamentos para tratamiento por adicciones (también llamado Tratamiento Asistido de Medicamentos)
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- evaluación precoz y periódica, diagnóstico y tratamiento (para miembros menores de 21 años)



Los servicios del Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS) 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 manejo de abstinencia
- programa de tratamiento de narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de atención médica
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- evaluación precoz y periódica, diagnóstico y tratamiento (para miembros menores de 21 años)
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

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 de salud conductual

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 la **Sección K del Capítulo 2** de esta *Guía para los Miembros* para conocer 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 1-888-742-7900 [TTY: 711], las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

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



- Servicios de salud conductual del condado de San Diego – Servicio para el trastorno por consumo de sustancias (llame al 1-888-724-7240 [TTY: 711], las 24 horas del día, los 7 días de la semana).
- Línea de salud conductual del Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (consulte la **Sección D del Capítulo 2** de esta *Guía para los Miembros* para conocer el número de teléfono y el horario de atención)
- Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 Medicare + Medi-Cal 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 Medicare + Medi-Cal Plan y el condado

Si recibe servicios de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan o del condado, puede recibir una referencia a la otra entidad de acuerdo con sus necesidades. Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 Medicare + Medi-Cal Plan, continuará recibiendo atención de salud conductual médicamente necesaria, incluidos medicamentos recetados, hasta que se resuelva el conflicto. Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 Medicare + Medi-Cal Plan o del condado, según la entidad con la que tenga el conflicto. Para obtener información sobre el proceso de apelaciones, consulte el Capítulo 9 de su *Guía para los Miembros*.



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

Esta sección le informa sobre los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagamos estos 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 un centro de atención de emergencias, el plan no pagará por ellos. Si 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 esta *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
- 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 esta *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.
- tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria
- 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
- comidas entregadas en su hogar, excepto como se describe en la sección de entrega de comidas a domicilio en la Tabla de beneficios en la **Sección D**

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



- 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 procedimiento cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, pagamos por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por el tratamiento del otro seno para que los dos queden parejos
- atención quiropráctica, que no sea la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las pautas de cobertura, excepto como se describe en la sección Servicios de quiropraxia (no cubiertos por Medicare) de la Tabla de beneficios en la **Sección D**
- cuidado de los pies de rutina, excepto como se describe en Servicios de podiatría en la Tabla de beneficios en la **Sección D**
- 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
- reversión de procedimientos de esterilización
- servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios prestados a veteranos en establecimientos del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido del VA es mayor que el costo compartido de 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 como paciente ambulatorio

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio. Estos son medicamentos que su proveedor le receta 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. El **Capítulo 6** de esta *Guía para los Miembros* le indica lo que usted paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Guía para los Miembros*.

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

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Estos generalmente incluyen medicamentos que le administran mientras está en un hospital o centro de reposo.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunos medicamentos inyectables que se le administran durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y los medicamentos que se 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 esta *Guía para los Miembros*.
- Además de la cobertura de beneficios médicos y de la Parte D de Medicare del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si usted está en un programa de cuidados paliativos para pacientes terminales de Medicare. Para más información, consulte la **Sección F3 del Capítulo 5** “En un programa certificado por Medicare de cuidados paliativos para pacientes terminales”.

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 las leyes estatales aplicables. Esta persona suele ser su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP le ha remitido para recibir atención.

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



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.

Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la **Sección A1** para obtener más información). 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 tanto de Medicare como de 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 "fuera de indicación". Los medicamentos usados con fines "fuera de indicación" no están médicamente aceptados y, por lo tanto, no son un beneficio cubierto a menos que este uso "fuera de indicación" se cite en uno de los libros de referencia aprobados por los CMS.

Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Índice

A. Cómo surtir sus recetas	183
A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red	183
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro al surtir una receta	183
A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red	183
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red	184

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



A5. Cómo usar una farmacia especializada.....	184
A6. Cómo usar servicios de entrega a domicilio para obtener sus medicamentos.....	185
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	186
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan.....	187
A9. Devolución de dinero por un medicamento recetado	187
B. <i>Lista de medicamentos</i> de nuestro plan.....	188
B1. Medicamentos en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	188
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	189
B3. Medicamentos que no están en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	190
B4. Niveles de costos compartidos de la <i>Lista de medicamentos</i>	191
C. Límites para algunos medicamentos.....	192
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	194
D1. Cómo obtener un suministro temporal.....	194
D2. Cómo pedir un suministro temporal.....	195
D3. Cómo pedir una excepción	196
E. Cambia la cobertura para sus medicamentos.....	196
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	199
F1. En un hospital u centro de enfermería especializada durante una estadía que cubre nuestro plan	199
F2. En un establecimiento de cuidado a largo plazo.....	199
F3. En un programa certificado por Medicare de cuidados paliativos para pacientes terminales	200
G. Programas de seguridad y gestión de medicamentos	200
G1. Programas que le ayudan a tomar sus medicamentos sin riesgos para su salud	200
G2. Programas para ayudarle a gestionar sus medicamentos	201
G3. Programa de gestión de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura.....	202

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



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. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos los medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red).

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

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

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación del miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo de su medicamento cubierto. Es posible que tenga que abonar un copago en la farmacia cuando recoja su receta.

Recuerde, necesita su tarjeta de identificación 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 del 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 ayudar.

- Para saber cómo pedirnos que le devolvamos el dinero, consulte el **Capítulo 7** de esta *Guía para los Miembros*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador de atención.

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 resurtimientos.

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



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, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestra página web, o comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador de atención.

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 cuidado a largo plazo, como un centro de reposo.
 - Por lo general, los establecimientos de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un establecimiento de cuidado 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 cuidado a largo plazo no está dentro de nuestra red, o si tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un establecimiento de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias de proveedores de atención médica indígena (IHCP). Los miembros indígenas estadounidenses y nativos de Alaska tienen acceso a las farmacias de un proveedor de atención médica indígena (IHCP) siempre que tengan una farmacia minorista inscrita. Si no es indígena estadounidense o nativo de Alaska, igual puede recibir servicios de una farmacia minorista en un IHCP si está asignado a la clínica, o en caso de emergencia.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares, o que requieren manipulación especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación no debería ser habitual).
- Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestra página web o comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador de atención.



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

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

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

Por lo general, un medicamento recetado de entrega a domicilio llega en un plazo de 5 días. Recibirá una notificación si hay un retraso con su pedido de medicamento recetado para la entrega a domicilio. Si tiene preguntas al respecto, comuníquese con el equipo de Atención al Cliente dedicado a Blue Shield de Amazon Pharmacy al 1-856-208-4665, 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 Medicare + Medi-Cal Plan puede ayudarle a obtener un suministro suficiente de medicamento en una farmacia minorista de la red local, para que no se quede sin medicamento hasta que su medicamento se le entregue 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 que necesita hasta que su medicamento se le entregue a domicilio.

Si la demora excede los 5 días a partir de la fecha en que se envió la receta al proveedor de entrega a domicilio y se debe a una pérdida del medicamento en el sistema de correo, Servicio al Cliente de Amazon Pharmacy puede coordinar un pedido 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 recibe directamente del consultorio de su proveedor y los resurtimientos de sus recetas de entrega a domicilio.

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted

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



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

Después de que la farmacia 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.

- Esto le da la oportunidad de confirmar que la farmacia le entregue el medicamento correcto (en términos de concentración, cantidad y presentación) y, de ser necesario, suspender o demorar el pedido antes de que le facturen y se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comuniquen 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 confirmar si va a necesitar 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 próximo pedido 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 1-856-208-4665, 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 contactarle para que puedan comunicarse con usted y confirmar su pedido antes de enviarlo. Asegúrese de que su información de contacto esté siempre actualizada con Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Si necesita actualizar su número de teléfono o dirección, comuníquese con Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (el número de teléfono figura al pie 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.

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



Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. 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 pueden brindarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a su coordinador de atención o 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. Tenemos 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, dentro de un criterio razonable, en una farmacia de la red, pueden estar cubiertas por nuestro acceso fuera de la red.
- Las recetas surtidas en farmacias fuera de la red están limitadas a un suministro para 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 cubierto por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia se lo reembolse una vez que Medi-Cal Rx pague el medicamento recetado. Otra opción es presentar el reclamo de “Reembolso de gastos de bolsillo de Medi-Cal (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 al respecto, consulte el **Capítulo 7** de esta *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 que obtiene en una farmacia están cubiertos por nuestro plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta sin receta (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 1-800-977-2273. Presente su tarjeta de identificación de beneficiario (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 vendido bajo un nombre registrado como marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. 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 llamadas biosimilares. Generalmente, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



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 las leyes estatales, se pueden sustituir por el producto biológico original en 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/medformulary2027. La *Lista de medicamentos* que figura en nuestra página web es siempre la más actualizada.
- Llamar a su coordinador de atención o a Servicio al Cliente para saber 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.
- Usar nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en blueshieldca.com/medicare para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* y obtener una estimación de lo que deberá pagar si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían usarse para tratar la misma condición. También puede llamar a su coordinador de atención o 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 medicamentos recetados:
 - 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.

- Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de medicamentos* porque las leyes no nos permiten cubrirlos.
- En otros casos, nosotros decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*. Para más información, consulte el **Capítulo 9**.

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 posible que usted deba pagarlo de su bolsillo. Si cree que deberíamos pagar por un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de esta *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 ya cubren la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare sin cargo para usted, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos 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 FDA 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 fuera de indicación”. Nuestro plan generalmente no cubre medicamentos recetados para un uso fuera de indicación.

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*

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



- 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. Puede ver más información en la página web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov).

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 más alto es el nivel de los costos compartidos, más elevado el costo del medicamento.

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

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

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

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



C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, 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.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de medicamentos*. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de su concentración, cantidad o presentación según lo recetado por su proveedor, y pueden aplicarse diferentes restricciones a las diferentes versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10 mg vs 100 mg; uno por día vs dos por día; pastilla vs líquido).

Si hay alguna regla especial para su medicamento, en general significa que usted o su proveedor tienen que hacer algún trámite adicional 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 usemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Es posible que aceptemos o no permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

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

1. Límites para el 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 suele costar 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 darán la versión biosimilar genérica o intercambiable.

- Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca o 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 sería lo indicado para usted, cubriremos el medicamento de marca.



- Su copago puede ser más alto para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable.

2. Obtención de la aprobación previa del plan

Para algunos medicamentos, usted o el profesional que le recetó el medicamento deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de que usted surta su receta. Esto se llama autorización previa. Esta regla se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicio al Cliente al número que figura al pie de la página o visite nuestra página web en blueshieldca.com/medformulary2027 para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Prueba previa de un medicamento diferente

En general, queremos que pruebe medicamentos de menor costo que sean igual de eficaces 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** resulta eficaz en su caso, entonces cubrimos el medicamento B. Esto se llama terapia de pasos. Llame a Servicio al Cliente al número que figura al pie de la página o visite nuestra página web en blueshieldca.com/medformulary2027 para obtener más información sobre la terapia de pasos.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que puede conseguir. A esto se le llama límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día de un determinado medicamento, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que puede surtir por vez.

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/medformulary2027. 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 esta *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*. Quizás cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Tal vez se trate de un nuevo 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 el profesional que le recetó el medicamento deseen solicitarnos una excepción.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costos compartidos que hace que su costo sea más caro de lo que usted cree que debería ser.

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 que no es parte de 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.
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 para hasta 30 días.
- Si su receta indica una cantidad de días menor, le permitimos resurtimientos múltiples para proporcionarle un máximo de 30 días del medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención médica a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento en pequeñas cantidades por vez para evitar el derroche.

Se inscribió por primera vez en nuestro plan este año.

- Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
- Este suministro temporal es para hasta 30 días.
- Si su receta indica una cantidad de días menor, le permitimos resurtimientos múltiples para proporcionarle un máximo de 30 días del medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención médica a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento en pequeñas cantidades por vez para evitar el derroche.

Tiene cobertura de nuestro plan desde hace 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:

- 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 ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda servirle.

○



- 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 del profesional que le recetó el medicamento).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

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

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador o coordinadora de atención.

E. Cambia la cobertura para sus medicamentos

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

- Decidir si requiere o no autorización previa para un medicamento (autorización de nuestra parte antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que usted pueda obtener (límites de cantidad).



- Agregar o cambiar restricciones de terapia de pasos para un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).
- Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Para más información acerca de las reglas 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 enteremos de que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento se retire 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:

- Consulte nuestra *Lista de medicamentos* actual en línea en blueshieldca.com/medformulary2027 o
- Llamar a Servicio al Cliente a los números que figuran 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 en la *Lista de medicamentos* entran en vigor de inmediato. Por ejemplo:

Hay un nuevo medicamento genérico 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 para usted del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o será más bajo. Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en la lista, pero que cambiemos sus reglas o sus límites de cobertura.



- Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre ese cambio en particular una vez que entre en vigencia.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos a seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de esta guía para obtener más información sobre las excepciones.

Cuando eliminamos medicamentos que no son seguros o que se retiran del mercado.

A veces puede ocurrir que un medicamento resulte inseguro o que lo retiren del mercado por otro motivo. Si esto sucede, posiblemente lo eliminemos inmediatamente de nuestra *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de hacer el cambio. Su profesional autorizado para recetar medicamentos también sabrá acerca de este cambio y podrá conversar con usted para encontrar otro medicamento para su condición.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma.

Le informamos con anticipación sobre estos otros cambios a nuestra *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir 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 para 30 días del medicamento después de que usted pida un resurtimiento.

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

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



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

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 cubríamos al **comienzo** del año, generalmente 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 lo 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 en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubrimos el costo de sus medicamentos durante su estadía. No deberá pagar ningún copago. Una vez que reciba el alta del hospital o centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos siempre que cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que le correspondería pagar, consulte el **Capítulo 6** de esta *Guía para los Miembros*.

F2. En un establecimiento de cuidado a largo plazo

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

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

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de cuidados paliativos para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que esté inscrito en un programa de cuidados paliativos para pacientes terminales de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos para el dolor, contra las náuseas, medicamentos laxantes o para la ansiedad) que su programa de cuidados paliativos para pacientes terminales no cubre porque no están relacionados con su pronóstico terminal y sus condiciones. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que le recetó el medicamento o de su programa de cuidados paliativos para pacientes 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 paliativos para pacientes terminales o al profesional que le 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 se da de baja del programa de cuidados paliativos para pacientes terminales, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos para pacientes terminales de Medicare, lleve a la farmacia documentación que confirme que ya no está en el programa de cuidados paliativos para pacientes terminales.

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

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



- podrían no ser seguros para su edad o género
- podrían causarle daños si los toma al mismo tiempo
- tienen componentes a los que es o podría ser alérgico
- pueden tener un error en la cantidad (dosis)
- tienen cantidades de medicamentos analgésicos con opioides que no son seguras

Si encontramos un posible problema con su uso de medicamentos, 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). 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 cumple con los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le 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 sin receta

Luego le entregará:

- 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 le 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.

Los programas de gestión de terapias con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que cumplan con los requisitos. Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribimos en el programa y le enviamos información. Si no desea participar en el programa, infórmenos y lo excludiremos.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador de atención.

G3. Programa de gestión de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos que con frecuencia provocan trastornos de abuso. Este programa se llama Programa de Gestión de Medicamentos (DMP).

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 profesionales autorizados para recetar medicamentos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepínicos recetados puede no ser seguro, es posible que limitemos sus posibilidades de obtener esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir:

- Exigirle que surta todas sus recetas de medicamentos opioides y benzodiacepínicos en determinada(s) farmacia(s)
- Exigirle que solicite todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepínicos a un determinado profesional autorizado para recetar medicamentos
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepínicos que cubrimos para usted

Si planificamos limitar cómo recibe estos medicamentos o qué cantidad puede surtir, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos en su caso o si debe solicitar las recetas de estos medicamentos únicamente a un proveedor o farmacia en particular.



Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales autorizados para recetar medicamentos o farmacias prefiere usar y cualquier información que crea que es importante que conozcamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional autorizado para recetar medicamentos que firmó su receta pueden presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos nuestra nueva decisión. Si mantenemos la denegación de cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a una Organización de Revisión Independiente (IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de esta *Guía para los Miembros*).

- Es posible que el DMP no sea aplicable en su caso si:
- tiene ciertas condiciones, como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- está recibiendo cuidados paliativos, para pacientes terminales o de final de la vida, o
- vive en un establecimiento de cuidado a largo plazo.



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

Introducción

Este capítulo indica lo que usted deberá pagar por sus medicamentos como paciente ambulatorio. Con “medicamentos” nos referimos a:

- Medicamentos 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 pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Le hemos enviado otro documento, llamado “*Cláusula de Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional con el Costo de sus Medicamentos Recetados*”, también llamada “Cláusula del subsidio por ingresos bajos” o la “Cláusula LIS”, con información sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y solicite la “Cláusula LIS”.

Extra Help (Ayuda Adicional) es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de sus medicamentos 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”.

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

Para obtener más información sobre los medicamentos, puede consultar:

- 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 actualizada de nuestra *Lista de medicamentos* en nuestra página web: blueshieldca.com/medformulary2027.
- La mayoría de los medicamentos que obtiene de una farmacia están cubiertos por Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta sin receta (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. Presente su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.
- El **Capítulo 5** de esta *Guía para los Miembros*.
 - Le explica cómo obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.
 - Incluye las reglas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
 - Al utilizar la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte la **Sección B2 del Capítulo 5**), el costo que se muestra es una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. 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 aceptan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera nuestras farmacias de la red. Consulte el **Capítulo 5** de esta *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre las farmacias de la red.



Índice

A. <i>Explicación de beneficios</i> (EOB)	206
B. Cómo llevar un control de los costos de sus medicamentos	208
B1. ¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?	209
B2. ¿Qué pasa si podría tratarse de un fraude?	209
C. Etapas de pago de medicamentos para los medicamentos de la Parte D de Medicare	209
D. Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	210
D1. Sus opciones de farmacia	211
D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	211
D3. Lo que usted paga	211
D4. Fin de la Etapa de Cobertura Inicial	214
E. Etapa 2: Etapa de cobertura de gastos excedentes	215
F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta menos de un suministro para un mes entero	215
G. Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D	216
G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	216
G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare	216

A. *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted realiza cuando surte sus recetas en la farmacia. Hacemos un 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 pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago realizado por sus medicamentos con Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el

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



Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).

- **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 (EOB)*. Lo llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Puede hablar con el profesional autorizado para recetar medicamentos sobre estas opciones de menor costo. La EOB incluye:

- **La información del mes.** El resumen indica qué medicamentos recibió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos y lo que pagaron usted y otras personas por usted.
- **Montos totales del año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre precios de medicamentos.** Este es el precio total del medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde el primer surtido para cada reclamo por receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando corresponda, información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada receta.

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.
- La mayoría de los medicamentos que surte en una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta sin receta (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite la página web de Medi-Cal Rx (www.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. Presente su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.



- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

B. Cómo llevar un control de los costos de sus medicamentos

Para llevar un control 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 del miembro.

Muestre su tarjeta de identificación del miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y cuánto paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo del medicamento. Envíenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que pagó. Los siguientes son 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 usa una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene 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 en circunstancias especiales.

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de esta *Guía para los Miembros*.

3. Envíenos información sobre los pagos que otros realizan 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 Estatal de Asistencia Farmacéutica, 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. Esto puede ayudarle a cumplir con los requisitos para cobertura de gastos excedentes. Cuando llega a la Etapa de cobertura de gastos excedentes, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.



4. Revise las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, revísela para confirmar que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Compró medicamentos ese día?
- **¿Compró los medicamentos enumerados?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que le recetó su médico?

B1. ¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?

Si hay algo confuso o que no parece correcto en esta EOB, llámenos al Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestra página web: blueshield.com/medicare.

B2. ¿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.

- Llámenos a Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 estos números sin cargo.
- 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 a Servicio al Cliente. Guarde estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

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

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en virtud de nuestro plan. La cantidad que paga por cada receta depende de su nivel de Ayuda Adicional y en qué etapa se encuentra cuando surte o resurte una receta. Estas son las dos etapas:

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



Etapas 1: Etapa de cobertura inicial	Etapas 2: Etapa de cobertura de gastos excedentes
Durante esta etapa, nuestro plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. Esta etapa empieza cuando surte su primer medicamento recetado del año.	Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2027. Esta etapa empieza cuando ya ha pagado una cierta cantidad de costos de bolsillo.

D. Etapa 1: Etapa de cobertura inicial

Durante la etapa de cobertura inicial, nosotros pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel de costos compartidos en que se encuentra el medicamento y dónde lo adquiere.

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos que tienen el mismo copago. Cada medicamento que figura en la *Lista de medicamentos* del plan pertenece a uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto el nivel, más alto es el copago. Para encontrar los niveles de costos compartidos de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

- Nivel 1 de costos compartidos: Medicamentos genéricos preferidos (el nivel de costos compartidos más bajo); incluye medicamentos genéricos preferidos. El copago es de \$0.
- Nivel 2 de costos compartidos: Medicamentos genéricos; incluye medicamentos genéricos y biosimilares. El copago es de \$0.
- Nivel 3 de costos compartidos: Medicamentos de marca preferidos; incluye medicamentos de marca, biosimilares y algunos medicamentos genéricos preferidos. El copago es de \$0 a \$14.40, según sus ingresos.
- Nivel 4 de costos compartidos: Medicamentos no preferidos; incluye medicamentos de marca no preferidos, biosimilares y algunos medicamentos genéricos. El copago es de \$0 a \$14.40, según sus ingresos.
- Nivel 5 de costos compartidos: Medicamentos de nivel especializado (el nivel de costos compartidos más alto); incluye medicamentos de marca, biosimilares y genéricos de muy alto costo que podrían requerir un manejo especial y/o un seguimiento estricto. El copago es de \$0 a \$14.40, según sus ingresos.

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



D1. Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de dónde lo compra:

Una farmacia minorista de la red o

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos preferidos. Es posible que los costos sean menores en las farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos.
- Una farmacia fuera de la red. En algunos casos cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de esta *Guía para los Miembros* para saber cuándo lo hacemos.
- La farmacia de entrega a domicilio de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones, consulte el **Capítulo 5** de esta *Guía para los Miembros* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

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

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro prolongado") cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es para hasta 100 días. El costo es el mismo que el de un suministro para un mes.

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

D3. Lo que usted paga

Durante la etapa de cobertura inicial, es posible que deba pagar un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicio al Cliente para averiguar cuál es su copago por cualquier medicamento cubierto.



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

	Una farmacia de la red	El servicio de entrega a domicilio de nuestro plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro para un mes o hasta 30 días	Un suministro para un mes o hasta 30 días	Suministro para hasta 31 días	Suministro para hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte los detalles en el Capítulo 5 de esta <i>Guía para los Miembros</i> .
Nivel 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	El servicio de entrega a domicilio no está disponible para medicamentos en el Nivel 1.	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	Copago de \$0	El servicio de entrega a domicilio no está disponible para medicamentos en el Nivel 2.	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40, según el nivel de Ayuda Adicional que reciba el miembro.	El servicio de entrega a domicilio no está disponible para medicamentos en el Nivel 3.	Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40, según el nivel de Ayuda Adicional que reciba el miembro.	Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40, según el nivel de Ayuda Adicional que reciba el miembro.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



	Una farmacia de la red	El servicio de entrega a domicilio de nuestro plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro para un mes o hasta 30 días	Un suministro para un mes o hasta 30 días	Suministro para hasta 31 días	Suministro para hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte los detalles en el Capítulo 5 de esta <i>Guía para los Miembros</i> .
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos)	Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40, según el nivel de Ayuda Adicional que reciba el miembro.	El servicio de entrega a domicilio no está disponible para medicamentos en el Nivel 4.	Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40, según el nivel de Ayuda Adicional que reciba el miembro.	Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40, según el nivel de Ayuda Adicional que reciba el miembro.
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos de nivel especializado)	Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40, según el nivel de Ayuda Adicional que reciba el miembro.	Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40, según el nivel de Ayuda Adicional que reciba el miembro.	Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40, según el nivel de Ayuda Adicional que reciba el miembro.	Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40, según el nivel de Ayuda Adicional que reciba el miembro.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Su parte del costo cuando surte un suministro a largo plazo de un medicamento cubierto en:

	Una farmacia de la red	El servicio de entrega a domicilio de nuestro plan
	Un suministro a largo plazo o para hasta 100 días	Un suministro a largo plazo o para hasta 100 días
Nivel 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40, según el nivel de Ayuda Adicional que reciba el miembro.	Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40, según el nivel de Ayuda Adicional que reciba el miembro.
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos)	Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40, según el nivel de Ayuda Adicional que reciba el miembro.	Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40, según el nivel de Ayuda Adicional que reciba el miembro.
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos de nivel especializado)	No hay suministros prolongados disponibles para medicamentos en el Nivel 5.	No hay suministros prolongados disponibles para medicamentos en el Nivel 5.

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

D4. Fin de la Etapa de Cobertura Inicial

La etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus costos de bolsillo totales por medicamentos alcanzan los \$2,400. Ahí comienza la etapa de cobertura de gastos excedentes. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos a partir de ese momento hasta el final del año.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Su EOB le ayuda a llevar un control de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Nosotros le avisamos cuando usted haya alcanzado su límite de \$2,400. Mucha gente no lo alcanza en un año.

E. Etapa 2: Etapa de cobertura de gastos excedentes

Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de \$2,400 para sus medicamentos, comienza la etapa de cobertura de gastos excedentes. Permanece en la etapa de cobertura de gastos excedentes hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

En algunos casos, usted paga un copago para cubrir el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes.

- Puede haber ocasiones en las que desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, usted no paga por el suministro mensual completo de ciertos medicamentos.

Cuando recibe un suministro de un medicamento para menos de un mes, el monto que paga se basa en la cantidad de días de suministro de medicamento que recibe. Calculamos el monto que usted paga por día por su medicamento (la “tasa de costos compartidos diaria”) y lo multiplicamos por la cantidad de días del suministro de medicamento que recibe.

- Un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento por el suministro para un mes completo (un suministro para 30 días) es de \$1.35. Esto significa que el monto que usted paga por su medicamento es menos de \$0.05 por día. Si recibe un suministro del medicamento para siete días, su pago es inferior a \$0.05 por día multiplicado por siete días, lo que da un pago total inferior a \$0.35.
- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le resulte antes de pagar el suministro para un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes completo para ayudarle a:



- Planificar mejor cuándo resurtir sus medicamentos
- Coordinar los resurtidos con otros medicamentos para que pueda hacer menos viajes a la farmacia.

G. Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

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 nuestra *Lista de medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* de nuestro plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare consta de dos partes:

1. La primera parte corresponde al costo de **la vacuna en sí**.
2. La segunda parte corresponde al costo de **administrarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces es posible que su médico le administre la vacuna mediante una inyección.

G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a Servicio al Cliente si tiene previsto vacunarse.

- Le podremos informar sobre la cobertura de su vacuna y explicarle qué parte del costo le corresponde a usted.
- Podemos explicarle cómo mantener sus costos bajos al usar farmacias y proveedores de la red. Las farmacias y los proveedores de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red coordina con nosotros para garantizar que usted no tenga costos iniciales por una vacuna de la Parte D de Medicare.

G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que usted paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para qué le vacunan).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo alguno para usted. Para conocer la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de esta *Guía para los Miembros*.



- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Es posible que deba pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. Si una organización llamada **Comité de Asesoría sobre Prácticas de Inmunización (ACIP)** recomienda la vacuna para adultos, esa vacuna no tiene costo para usted.

Las siguientes son tres formas frecuentes en las que puede recibir una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia de la red y ahí mismo le inyectan.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no deberá pagar nada.
 - Para otras vacunas de la Parte D, usted paga un copago por la vacuna.
2. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y su médico le inyecta.
 - Paga un copago al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de administrarle la inyección.
 - El consultorio del médico debe llamar a nuestro plan en esta situación para que podamos asegurarnos de que sepan que usted solo tiene que pagar un copago por la vacuna.
3. Obtiene el vial de la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y lo lleva al consultorio de su médico para que le administre la inyección.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no deberá pagar nada por la vacuna en sí.
 - Para otras vacunas de la Parte D, usted paga un copago por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de administrarle la inyección.



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

Introducción

En este capítulo le explicamos cómo y cuándo enviarnos una factura para que la paguemos. También le explica 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 este *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos	219
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago	223
C. Decisiones de cobertura.....	224
D. Apelaciones.....	225



A. Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

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 del Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan le facturen por estos servicios o medicamentos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y le 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 la **Sección B del Capítulo 7**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó más que su parte del costo, tiene derecho a que se le devuelva el dinero.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le reembolsaremos el dinero.
- Si pagó por servicios de Medi-Cal que ya recibió, puede cumplir con los requisitos para recibir un reembolso (devolución de dinero) si cumple con todas las siguientes condiciones:
 - El servicio que recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal que tenemos la responsabilidad de pagar. No le reembolsaremos un servicio que no esté cubierto por Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
 - Recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible del Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 parte de un proveedor inscrito en Medi-Cal de la red de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan'. No necesita cumplir con esta condición si recibió servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita que se presten por 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.
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan le informará si le reembolsará en una carta llamada Notificación de acción. Si usted cumple todos los requisitos antes mencionados, el proveedor inscrito en Medi-Cal debería devolverle el monto total que usted pagó. Si el proveedor se niega a devolverle el dinero, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan le devolverá el monto total que usted pagó. Le reembolsaremos el monto 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 Medicare + Medi-Cal Plan y se niega a devolverle el dinero, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan le devolverá el dinero, pero pagará solamente hasta el monto que pagaría el programa FFS de Medi-Cal. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan le devolverá el monto total de su costo de bolsillo por los servicios de emergencia, los servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita que se presten por 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 para Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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.

Comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador de atención si tiene alguna pregunta. Si no sabe qué 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 de cualquier 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 un comprobante de cualquier pago que haya hecho.
 - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos 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 del 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**.

- Como miembro del plan, usted solo paga el copago cuando recibe los servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le facturen más que este monto. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que éste cobró por un servicio. Incluso si decidimos no pagar algunos cargos, usted tampoco debe pagarlos.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debería pagar, 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, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya hecho. Le devolveremos el dinero de sus servicios cubiertos o por la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeudaba en virtud de 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 de cualquier pago que haya hecho.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si utiliza una farmacia fuera de la red, paga el costo total de su medicamento recetado.

- Solo en unos pocos casos cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso por nuestra parte del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** de esta *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 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 del miembro consigo

Si no tiene su tarjeta de identificación del 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 usted tenga que pagar el costo total del medicamento recetado o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación del miembro.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso por nuestra parte del costo.
- 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 esta *Guía para los Miembros*).
 - Si usted y su médico o el profesional autorizado para recetar medicamentos cree que necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de esta *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 autorizado para recetar medicamentos para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento. 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 deben estar cubiertos, pagamos nuestra parte del costo correspondiente.

Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de esta *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 copias de su factura y recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su coordinador de atención. Debe enviarnos su la información de su reclamo médico dentro del plazo de un año 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.

Para asegurarse de brindarnos toda la información que necesitamos para decidir, puede completar nuestro formulario de reclamo para solicitar el pago.

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



- 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) o puede llamar a Servicio al Cliente y solicitarlo.

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

Reclamos médicos:

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
Medicare Customer Service
P.O. Box 272640
Chico, CA 95927-2640

Reclamos por medicamentos recetados de la Parte D:

Claims Processing
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos el monto de dinero que usted debe pagar, si corresponde.

- Le informaremos 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, pagaremos nuestra parte del costo. 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 en efectivo es más alto que nuestro precio negociado). Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

El **Capítulo 3** de esta *Guía para los Miembros* explica las reglas para que sus servicios estén cubiertos. El **Capítulo 5** de esta *Guía para los Miembros* explica las reglas para obtener cobertura para sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta para explicarle 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**.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



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 fechas límite detalladas. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta *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**.

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 este *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de la manera que se ajuste a sus necesidades	235
B. Nuestra responsabilidad de garantizar su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	238
C. Nuestra responsabilidad de resguardar su información médica protegida (PHI)	239
C1. Cómo protegemos su PHI	240
C2. Su derecho a consultar su expediente médico	240
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	241
E. Prohibición para los proveedores de la red de facturarle directamente	242
F. Su derecho a cancelar su membresía en nuestro plan	242
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	243
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones	243
G2. Su derecho a decir lo que desea que pase si no puede tomar sus propias decisiones sobre su atención médica	243
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	245
H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	245
H1. Qué hacer si no recibe un trato justo o para obtener más información sobre sus derechos	245
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	246



A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call your care coordinator or Customer Service. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese Traditional, Chinese Simplified, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Customer Service or write to Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - You can make a standing request to get this document in a language other than English or in an alternate format now and in the future. To make a request, please contact Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service.
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service will keep your preferred language and format on file for future communications.
 - To make any updates on your preference, please contact Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

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



A. Ծառայությունները և տեղեկությունները ցանկացած ձևով ստանալու Ձեր իրավունքը, որը համապատասխանում է Ձեր կարիքներին

Մենք պետք է ապահովենք, որ բոլոր ծառայությունները, ինչպես կլինիկական, այնպես էլ ոչ կլինիկական, մատուցվեն Ձեզ մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով, ներառյալ անգլերենի սահմանափակ հմտություններ, ընթերցանության սահմանափակ հմտություններ, լսողության անբավարարություն կամ մշակութային և էթնիկ բազմազան ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք Ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին այնպես, որ Դուք կարողանաք հասկանալ: Մենք պետք է Ձեզ տեղեկացնենք Ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, երբ Դուք մեր ծրագրում եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկատվություն ստանալու համար զանգահարեք Ձեր խնամքի համակարգողին կամ Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև Ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով, այդ թվում՝ արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն ավանդական, չինարեն պարզեցված, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն կամ իսպանական կրեոլերեն, տագալերեն և վիետնամերեն և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ խոշոր տպագիր, բրայլյան այբուբենով կամ աուդիո տարբերակով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ գրել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ին՝ P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856 հասցեով:
 - Դուք միշտ կարող եք հարցում ներկայացնել այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար՝ այս պահին և հետագայում: Հայտ ներկայացնելու համար խնդրում ենք դիմել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն:
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Customer Service-ը կպահի Ձեր նախընտրած լեզուն և ձևաչափը ֆայլում՝ հետագա հաղորդակցության համար: Ձեր նախապատվությունների վերաբերյալ թարմացումներ կատարելու համար խնդրում ենք դիմել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալու դժվարություն ունեք, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք.

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



- Medi-Cal-ի քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ (Office of Civil Rights)՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների դեպարտամենտ, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. **حَقَّكَ فِي الْحَصُول عَلَى الْخِدْمَات وَالْمَعْلُومَات بِطَرِيقَةٍ تَلْبِي أَحْتِيَاجَاتِكَ**

يجب علينا التأكد من تقديم **جميع** الخدمات، السريرية وغير السريرية على حد سواء، لك بطريقة مختصة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها بما في ذلك لأولئك الذين لديهم كفاءة محدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو عجز في السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وإثنية متنوعة. ويجب علينا أيضًا أن نخبرك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك بحقوقك في كل عام تكون مشترك فيه في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، تواصل مع منسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء. توفر خطتنا خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك العربية والأرمنية والكمبودية والصينية التقليدية والصينية المبسطة والفارسية والكورية والروسية والإسبانية أو الإسبانية الكريولية والتاغالوغية والفيتنامية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو تسجيل صوتي. للحصول على المواد بأي من هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء أو المراسلة على العنوان التالي. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
- يمكنك الآن ومستقبلاً التقدم بطلب دائم للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيقات أخرى. للتقدم بطلب، الرجاء الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
- ستحتفظ خدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal باللغة والتنسيق المفضل لديك في سجلاتنا للاتصالات المستقبلية. لإجراء أي تحديثات على تفضيلاتك، يرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشاكل لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، تواصل مع:

- برنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370. يتعين على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
- وزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية ومكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



A. 您有权以满足您需求的方式获取服务和信息

我们必须确保以符合文化要求且易于理解的方式向会员（包括那些英语能力有限、阅读技能有限、存在听力障碍或具有不同文化和族裔背景的人士）提供**所有**服务（包括临床服务和非临床服务）。我们必须用您能理解的方式，告诉您本计划的福利和您的权利。您参保本计划期间，每年我们都必须让您知道您有哪些权利。

- 如欲以您能理解的方式取得信息，请致电您的护理协调员或客户服务部。我们的计划提供免费口译服务，可以用不同语言回答问题。
- 我们的计划也可以提供英文以外其他语言的材料，包括阿拉伯语、亚美尼亚语、柬埔寨语、繁体中文、简体中文、波斯语、韩语、俄语、西班牙语或西班牙语克里奥尔语、他加禄语和越南语，以及大字体、盲文或音频等格式。如欲获取这些替代格式之一的材料，请致电客户服务部或写信至下列地址：Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856。
 - 您可以提出长期请求，要求现在和将来以英语以外的语言或其他格式获取此文档。若要提出请求，请联系Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部。
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部会将您的首选语言和格式存档，以供将来沟通时使用。如要对您的偏好进行任何更新，请联系Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部。

如果您因为语言问题或残疾难以取得本计划的信息，而想要提出投诉，请致电：

- Medicare，电话1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障用户请拨打1-877-486-2048。
- Medi-Cal民权办公室：916-440-7370。听障和语障用户请拨打711。
- 美国卫生与公共服务部民权办公室：1-800-368-1019。听障和语障用户请拨打1-800-537-7697。

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得服務與資訊。

我們必須確保向您提供的**所有**服務（包括臨床和非臨床服務）都符合您的文化背景且便於使用，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙，或有多元文化與族裔背景。我們也必須用您能瞭解的方式，告訴您我們計劃的福利與您的權利。在您加入我們的計劃期間，我們每年都必須把您的權利告訴您。

- 要以您能瞭解的方式取得資訊，請致電您的護理協調員或客戶服務部。我們的計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回答問題。

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



- 我們的計劃也能向您提供英語以外的其他語言的資料，包括阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文、繁體中文、簡體中文、波斯文、韓文、俄文、西班牙文或西班牙語混合語、他加祿文和越南文，並以大字版、盲文版或語音版等格式提供。要索取這些替代格式的資料，請致電客戶服務部或寫信至：Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365 - 9856。
- 您可要求現在與將來都收到英文以外的其他語言或不同格式的文件。要提出請求，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部。
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部會保留您的慣用語言與格式，以供將來通訊之用。要對您的偏好進行任何更新，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部。

如果您因為語言方面的問題或因為殘障而無法自我們的計劃取得資訊，而希望提出投訴，請致電

- Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal民權辦公室：916-440-7370。聽障和語障人士可致電711。
- 美國衛生及公共服務部民權辦公室：1-800-368-1019。聽障和語障人士應致電 1-800-537-7697。

A. شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات بالینی و غیر بالینی به شیوه مناسب از نظر فرهنگی و قابل دسترس بودن، به شما ارائه می‌شوند از جمله برای کسانی که دارای مهارت محدود انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی یا کسانی که دارای زمینه‌های فرهنگی و قومیتی متنوع هستند. ما همچنین باید اطلاعات لازم در مورد مزایای طرح خود و حقوق شما در اختیاراتان قرار دهیم، به شیوه‌ای که بتوانید آن را درک کنید. ما موظفیم هر سال که در طرح ما عضو هستید، شما را از حقوقتان آگاه کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به شیوه‌ای که بتوانید به راحتی آن را درک کنید، با هماهنگی کننده مراقبت یا خدمات مشتریان تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.

- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌های غیر از انگلیسی از جمله عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی سنتی، چینی ساده، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی یا اسپانیایی کریول، تاگالوگ و ویتنامی و در قالب‌هایی مانند چاپ بزرگ، خط بریل یا صوتی به شما ارائه دهد. برای دریافت مطالب در یکی از فرمت‌های جایگزین ذکر شده، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا به Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، P.O. Box 927، Woodland Hills، CA 91365-9856 نامه ارسال کنید.

- شما می‌توانید یک درخواست برای دریافت مداوم مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا به فرمت متفاوت در حال حاضر یا در آینده ارائه کنید. برای ارائه درخواست، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



- خدمات مشتریان برنامه درمانی Blue Shield Medicare + Medi-Cal زبان و قالب دلخواه شمارا برای تماس‌های بعدی در پرونده ثبت می‌کند. برای به روز کردن ترجیحات خود، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما، دچار مشکل شده‌اید و می‌خواهید شکایت کنید:

- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 7370-440-916. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. سنجش رضایت از خدمات و کیفیت مراقبت

همیشه می‌توانید از کیفیت خدمات و کیفیت مراقبت خود اطمینان حاصل کنید. اگر از خدمات یا مراقبت خود نارضایتی دارید، می‌توانید با ما تماس بگیرید. ما به شما کمک می‌کنیم تا با ما در مورد نارضایتی خود صحبت کنید. ما به شما کمک می‌کنیم تا با ما در مورد نارضایتی خود صحبت کنید. ما به شما کمک می‌کنیم تا با ما در مورد نارضایتی خود صحبت کنید.

- می‌توانید از خدمات و کیفیت مراقبت خود اطمینان حاصل کنید. اگر از خدمات یا مراقبت خود نارضایتی دارید، می‌توانید با ما تماس بگیرید. ما به شما کمک می‌کنیم تا با ما در مورد نارضایتی خود صحبت کنید. ما به شما کمک می‌کنیم تا با ما در مورد نارضایتی خود صحبت کنید. ما به شما کمک می‌کنیم تا با ما در مورد نارضایتی خود صحبت کنید.
- اگر از خدمات یا مراقبت خود نارضایتی دارید، می‌توانید با ما تماس بگیرید. ما به شما کمک می‌کنیم تا با ما در مورد نارضایتی خود صحبت کنید. ما به شما کمک می‌کنیم تا با ما در مورد نارضایتی خود صحبت کنید. ما به شما کمک می‌کنیم تا با ما در مورد نارضایتی خود صحبت کنید.
- اگر از خدمات یا مراقبت خود نارضایتی دارید، می‌توانید با ما تماس بگیرید. ما به شما کمک می‌کنیم تا با ما در مورد نارضایتی خود صحبت کنید. ما به شما کمک می‌کنیم تا با ما در مورد نارضایتی خود صحبت کنید. ما به شما کمک می‌کنیم تا با ما در مورد نارضایتی خود صحبت کنید.
- اگر از خدمات یا مراقبت خود نارضایتی دارید، می‌توانید با ما تماس بگیرید. ما به شما کمک می‌کنیم تا با ما در مورد نارضایتی خود صحبت کنید. ما به شما کمک می‌کنیم تا با ما در مورد نارضایتی خود صحبت کنید. ما به شما کمک می‌کنیم تا با ما در مورد نارضایتی خود صحبت کنید.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 711។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិអាមេរិក តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។

A. 귀하의 필요를 충족하는 방식으로 서비스와 정보를 받을 권리

저희는 모든 임상적, 비임상적 서비스를 영어 능력에 제한이 있거나, 독서 능력이 제한적이거나, 청각 장애가 있거나, 다양한 문화적, 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 분께 문화적으로 적절하고 접근 가능한 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 저희는 또한 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 가입자의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 매년 귀하의 권리에 관해 귀하에게 알려야 합니다.

- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으시려면 진료 코디네이터 또는 고객 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜에는 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스가 있습니다.
- 저희 플랜은 영어 이외의 언어(아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어 번체, 중국어 간체, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어 또는 스페인어 크리올어, 타갈로그어 및 베트남어 포함)로 된 자료 및 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 된 자료도 제공할 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받고자 하는 경우, 고객 서비스에 전화하거나 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856으로 서면 요청을 보내주시기 바랍니다.
 - 지금 그리고 차후에도 본 문서를 영어 이외의 언어 또는 대체 형식으로 받겠다는 상시 요청을 하실 수도 있습니다. 요청하시려면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스에 문의하십시오.
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스는 향후 커뮤니케이션을 위해 귀하가 선호하는 언어와 형식을 기록해 놓습니다. 기본 설정을 업데이트하시려면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스에 문의하십시오.

언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 받는데 문제가 있고 이에 대한 불만을 접수하시려면 다음 번호로 전화하십시오.

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



- Medi-Cal 인권국: 916-440-7370. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.
- 미국 보건 사회복지부 인권국: 1-800-368-1019. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

A. Право получать услуги и информацию с учетом ваших потребностей

Мы должны обеспечить предоставление вам **всех** услуг (клинических и неклинических) культурно компетентным и доступным способом, в том числе для лиц с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха и лиц с различным культурным и этническим происхождением. Мы также должны рассказать вам о льготах нашего плана и ваших правах так, чтобы вы могли их понять. Мы должны информировать вас о ваших правах каждый год, пока вы являетесь участником нашего плана.

- Чтобы получить информацию в понятной вам форме, позвоните по телефону вашему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания клиентов. В нашем плане имеются бесплатные услуги переводчика, позволяющие отвечать на вопросы на разных языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на других языках, кроме английского, включая арабский, армянский, камбоджийский, китайский традиционный, китайский упрощенный, фарси, корейский, русский, испанский или испанский креольский, тагальский и вьетнамский и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля и аудиоформат. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания клиентов или напишите в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - Вы можете попросить прислать вам этот документ на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
 - Сотрудники отдела обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan сохраняют ваши предпочтения, чтобы в будущем вы получали сообщения на нужном языке и в нужном формате. Чтобы внести изменения в указанные предпочтения, обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Если у вас возникли проблемы с получением информации от нашего плана из-за сложностей с языком или инвалидности и вы хотите подать жалобу, позвоните сюда:

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



- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de línea TTY deben llamar al número 1-877-486-2048.
- Administración de derechos civiles Medi-Cal: 916-440-7370. Usuarios de línea TTY deben llamar al número 711.
- Departamento de salud y bienestar social de EE. UU., Administración de derechos civiles: 1-800-368-1019. Usuarios de línea TTY deben llamar al número 1-800-537-7697.

A. Su derecho a obtener servicios e información de la manera que se ajuste a sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden en un espacio con sensibilidad cultural y de manera accesible, incluso a aquellos miembros con conocimientos limitados de inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o a personas de diferentes orígenes culturales y étnicos. 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 esté en 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 sin costo 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 tradicional, chino simplificado, farsi, coreano, ruso, español o español criollo, tagalo y vietnamita y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicio al Cliente o escriba a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - 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 Medicare + Medi-Cal Plan.
 - Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 Medicare + Medi-Cal Plan.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

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



- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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.

A. Ang inyong karapatan na makakuha ng mga serbisyo at impormasyon para sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming siguraduhin na ang **lahat** ng serbisyo, kapwa klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa inyo sa isang paraang naaangkop sa kultura at nakukuha, kabilang ng mga may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong mga kasanayan sa pagbabasa, kapansanan sa pandinig, o mga may magkakaibang mga pinanggalingan sa kultura at etniko. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa paaraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan kada taon na kayo ay nasa aming plano.

- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan ninyo, tawagan ang inyong coordinator ng pangangalaga o Customer Service. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit upang masagot ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari din kayong bigyan ng aming plano ng mga materyales sa mga wikang bukod sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese Traditional, Chinese Simplified, Farsi, Korean, Russian, Spanish o Spanish Creole, Tagalog, at Vietnamese at sa mga anyo na tulad ng malaking titik, braille, o audio. Upang makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag sa Customer Service o sumulat sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - Maaari kayong gumawa ng pangmatagalang kahilingan para makuha ang dokumentong ito sa isang wikang bukod sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap. Para makagawa ng kahilingan, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
 - Pananatilihin ng Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal ang inyong nais na wika at format sa file para sa mga komunikasyon sa hinaharap. Para makagawa ng anumang update sa inyong mga kagustuhan, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang:

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Opisina ng Medi-Cal sa mga Karapatang Sibil sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang TTY users sa 711.
- Departamento ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan at Tao ng U.S., Opisina para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quyền của quý vị được nhận các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận bao gồm cho những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, mất khả năng thính giác hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách thức quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, vui lòng gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị hoặc Dịch vụ Khách hàng. Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung Truyền thống, tiếng Trung giản thể, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha hoặc tiếng Tây Ban Nha Creole, tiếng Tagalog và tiếng Việt và ở các định dạng như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng hoặc viết thư cho Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - Quý vị có thể đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác tiếng Anh hoặc bằng định dạng thay thế ngay bây giờ và trong tương lai. Để đưa ra yêu cầu, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
 - Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan sẽ lưu giữ ngôn ngữ và định dạng ưa thích của quý vị trong hồ sơ để liên lạc trong tương lai. Để thực hiện bất kỳ cập nhật nào về tùy chọn của quý vị, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì các vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn gửi khiếu nại, vui lòng gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Văn phòng Dân quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi số 711.
- Văn phòng Dân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-537-7697.

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 esta *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 obtener una referencia. Una referencia es la aprobación de su PCP para ver a un proveedor que no sea su PCP.
- 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 que se necesitan con urgencia sin autorización previa (PA).
- Tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin grandes demoras.

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



- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de esta *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 esta *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 esta *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 denegamos 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 PHI incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye su expediente médico y otra información médica protegida y de salud.

Tiene derechos en lo que respecta a su información y a controlar cómo se utiliza su PHI. 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”.

Los miembros que puedan dar su consentimiento para recibir servicios confidenciales no están obligados a obtener la autorización de ningún otro miembro para recibir esos servicios confidenciales, ni a presentar un reclamo por servicios confidenciales. Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 Medicare + Medi-Cal 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 Medicare + Medi-Cal 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 lugares alternativos. La solicitud de un miembro de comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios confidenciales será

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



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 una comunicación confidencial en su expediente, puede:

1. Ir a blueshieldca.com y hacer clic en el enlace Privacidad que aparece al pie de la página de inicio. Allí podrá encontrar la Notificación de Prácticas de Privacidad y el formulario de Solicitud de Comunicaciones Confidenciales.
2. Llamar al número de teléfono de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación del miembro de Blue Shield.
3. Llamar gratis a la Oficina de Privacidad de Blue Shield of California al 1-888-266-8080. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
4. Enviarnos un correo electrónico 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 damos 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 las leyes:

- 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 permiten las leyes de California.
- Debemos darle a Medicare su PHI, incluida información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga la PHI de usted 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 su expediente médico y a solicitar una copia. Es posible que le cobremos una tarifa por hacer una copia de su expediente médico.

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



- 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 PHI con otros con cualquier fin que no sea de rutina y de qué manera lo hacemos.

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 de nuestra parte sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos.

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. 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. Asimismo, 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 a Servicio al Cliente:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, que incluye:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros
 - cómo cancelar su membresía 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

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



- cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, incluidos:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de esta *Guía para los Miembros*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de esta *Guía para los Miembros*) cubiertos por nuestro plan
 - límites en 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 esta *Guía para los Miembros*), lo que incluye pedirnos que:
 - le expliquemos por escrito por qué algo no está cubierto
 - 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 exigirle que pague por los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle el saldo ni cobrarle si pagamos menos del monto que facturó el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de esta *Guía para los Miembros*.

F. Su derecho a cancelar su membresía en nuestro plan

Nadie puede obligarle a permanecer en nuestro plan si no lo desea.

- Tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de esta *Guía para los Miembros*:
 - Para más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan MA o plan de beneficios de medicamentos.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de Medi-Cal si cancela su inscripción en nuestro plan.

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



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 entender. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento.
- **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.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor se negó a atenderle.** 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 denegamos o que generalmente no cubrimos.** Esto se llama decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de esta *Guía para los Miembros* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que desea que pase si no puede tomar sus propias decisiones sobre su atención médica

A veces las personas no pueden tomar sus propias decisiones sobre su atención médica. Antes de que esto suceda, usted puede:

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



- Completar un formulario por escrito **otorgándole a alguien el derecho a tomar decisiones sobre su atención médica** si alguna vez no puede tomar sus propias decisiones.
- **Dar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo manejar su atención médica si no puede tomar sus propias decisiones, incluidos los cuidados que **no** desea.

El documento legal que usa 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 tenerla. Esto es lo que debe hacer si quiere usar una directiva anticipada:

- **Obtener el formulario.** Puede solicitarle el formulario a su médico, a un abogado, a un trabajador social u obtenerlo en algunas tiendas de suministros de oficina. Las farmacias y los consultorios de proveedores suelen tener estos formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo.
- **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 PCP, le ayuden a completarlo.
- **Entregar copias del formulario a las personas que deben estar al tanto.** Déjele una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la persona que nombre para que tome decisiones por usted si usted no puede tomarlas. También puede ser conveniente que entregue copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.
- En caso de que deba ser hospitalizado y tenga 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 en las leyes relacionadas con las directivas anticipadas. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan le informará sobre los cambios en las leyes estatales a más tardar 90 días después del cambio.

De acuerdo con las leyes, nadie puede negarle atención ni discriminarle en función de si firmó una directiva anticipada o no. 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 Commence Health (la Organización de Mejora de la Calidad de California) al (877) 588-1123 [TTY: 711] o escribir a: Commence Health 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 esta *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 esa información.

H1. Qué hacer si no recibe un trato justo o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que recibió un trato injusto de nuestra parte (y **no** se trata de discriminación por los motivos enumerados en el **Capítulo 11** de esta *Guía para los Miembros*) o desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicio al Cliente.
- Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222 (TTY: 711). Para más detalles sobre el HICAP, consulte la **Sección E del Capítulo 2**.
- La Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente de Medi-Cal al 1-888-452-8609. Para más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de esta *Guía para los Miembros*.

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



Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar el documento “Derechos y Protecciones de Medicare” en la página web de Medicare en www.medicare.gov/publications/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 esta *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:
 - Los servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de esta *Guía para los Miembros*. Esos capítulos le dicen lo que está cubierto, lo que no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué paga usted.
 - Sus medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de esta *Guía para los Miembros*.
- **Informarnos acerca de cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos** 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** y a otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
 - 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, medicamentos de venta sin receta, vitaminas y suplementos.

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



- 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 estos pagos:
 - Las primas de las Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, Medi-Cal paga la prima de la Parte A de Medicare y la prima de la Parte B de Medicare.
 - Para algunos de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el medicamento. Se trata de un copago (un monto fijo). El **Capítulo 6** le informa lo que debe pagar por sus medicamentos.
 - **Si recibe algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, deberá pagar el costo total.** (Nota: Si usted 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 puede permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** de esta *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 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 esta *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 registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**
- **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 nuestro plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que nuestro plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó nuestro plan sobre su atención.
- Cree que sus servicios cubiertos están finalizando demasiado pronto.
- Tiene un problema o queja con sus servicios y recursos de apoyo 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 recursos de apoyo 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 y 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 tiene la opción de llamar al programa del Defensor de los Derechos del Paciente para que le 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.....	254
A1. Sobre los términos legales.....	254
B. Dónde conseguir ayuda	254
B1. Si necesita más información y ayuda	254
Obtener ayuda de nuestro plan	254
Ayuda del Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP).....	255
Ayuda del Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medicare y Medi-Cal	255
Ayuda e información de Medicare	255
Ayuda del Departamento de Servicios de Atención Médica de California.....	255
Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California	255
C. Información sobre quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan	256
D. Problemas con sus beneficios.....	256
E. Decisiones de cobertura y apelaciones.....	257
E1. Decisiones de cobertura	257
E2. Apelaciones	258
E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones.....	258
E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle.....	260
F. Atención médica.....	260
F1. Cómo usar esta sección.....	260
F2. Solicitar una decisión de cobertura	261
Decisión de cobertura estándar	262
Decisión de cobertura rápida.....	262
F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	264



Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.....	265
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 proceso de apelación.	266
Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.	266
Una apelación rápida tiene fechas límite.....	266
Fechas límite para una apelación estándar.....	267
F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2.....	268
Cuando su problema es por un servicio o artículo que suele cubrir Medicare	269
Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.	269
• 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.....	269
Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.	269
Cuando su problema es por un servicio o artículo que suele cubrir Medi-Cal	271
F5. Problemas de pago.....	276
G. Medicamentos de la Parte D de Medicare	277
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare	277
G2. Excepciones de la Parte D de Medicare	279
G3. Aspectos importantes que debe saber acerca de solicitar una excepción.....	281
Su médico o el profesional que le recetó el medicamento debe informarnos los motivos médicos.	281
Podemos aceptar o denegar su solicitud.....	281
G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	281
Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”.....	282

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Fechas límite para una decisión de cobertura rápida	283
Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no consiguió.....	284
Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró	284
G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	284
Fechas límite para una apelación rápida del Nivel 1	286
Fechas límite para una apelación estándar del Nivel 1	286
G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	287
Fechas límite para una apelación rápida del Nivel 2	288
Fechas límite para una apelación estándar en el Nivel 2	288
H. Solicitarnos que cubramos una hospitalización más larga.....	289
H1. Conocer sus derechos de Medicare	290
H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1.....	291
Qué sucede durante la revisión rápida	292
H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2.....	293
I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos.....	294
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura.....	294
I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	294
Su fecha límite para contactar a esta organización	295
¿Qué sucede durante una apelación por vía rápida?.....	296
I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	296
J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	297
J1. Próximos pasos para los servicios y suministros de Medicare	297
Apelación de Nivel 3	298



Apelación de Nivel 4	298
Apelación de Nivel 5	299
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal.....	299
J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare	300
Apelación de Nivel 3	300
Apelación de Nivel 4	300
Apelación de Nivel 5	301
K. Cómo presentar una queja.....	301
K1. ¿Ante qué tipo de problemas se puede presentar una queja?	301
K2. Quejas internas.....	303
K3. Quejas externas.....	306
Medicare	306
Medi-Cal	306
Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR).....	307
QIO	307



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** (también llamadas quejas formales).

Para garantizar resoluciones justas y rápidas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos cumplir.

A1. Sobre los términos legales

Hay términos legales en este capítulo para algunas reglas y fechas límite. 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:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”
- “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.

Obtener ayuda de nuestro plan

Puede llamar a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita para ayudar a abordar un problema o responder preguntas.

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



Ayuda del Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP)

Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222. También puede ver su página web en https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender 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 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 y Medi-Cal

Puede llamar al Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medicare y Medi-Cal para hablar con un/a defensor/a sobre sus preguntas sobre la cobertura de salud. Es posible que puedan ofrecerle 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 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). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda del Departamento de Servicios de Atención Médica de California

El Defensor de los Derechos del Paciente de la Atención Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS) puede ayudarlo. Pueden ayudarlo si tiene problemas para inscribirse, cambiar o cancelar su membresía en 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 supervisar 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 dificultades 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 en www.dmhc.ca.gov.

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



El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamarlo al **1-800-452-4413 (TTY: 711)** y seguir el proceso de queja formal 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 haya resuelto de manera satisfactoria o una queja sin resolver en un período de 30 días, puede llamar al departamento para recibir ayuda. También es posible que sea elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). De ser así, durante la IMR se realizará una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó el plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos 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 (**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 en línea formularios de quejas, formularios de solicitud de revisión médica independiente (IMR) e instrucciones.

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 se aplica a todos sus beneficios de atención 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. La siguiente tabla le puede ayudar a encontrar la sección correcta de este capítulo si tiene problemas o quejas.



¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura? Esto incluye problemas sobre si determinada atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos 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 tiene que ver con beneficios o cobertura. Consulte la Sección E, “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	No. Mi problema no tiene que ver con beneficios o cobertura. Consulte la Sección K, “Cómo presentar una queja”.

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 de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como atención médica. Se usa el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones para cuestiones como si algo está cubierto o no y la manera en que algo está cubierto.

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. 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 recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura al respecto.**

Tomamos una decisión de cobertura cuando revisamos una solicitud de servicio o un reclamo. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura o dejó 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. Otros revisores distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original revisan 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 más rápida, puede solicitar una revisión médica independiente (IMR) al Departamento de Atención Médica Administrada en www.dmhca.ca.gov. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

Cuando completamos la revisión, le informamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en la **Sección F2** de este capítulo, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si **denegamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta. Si su problema tiene que ver con 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 tiene que ver con 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 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 Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077.**
- **Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222.**



- **El Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC)** para solicitar ayuda gratuita. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones relacionadas con servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas, con dificultades 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 en www.dmhc.ca.gov. Si bien el DMHC puede ayudar a las personas con planes Medi-Cal Administrados, no puede ayudar a las personas con planes Medicare únicamente y en los siguientes sistemas de salud organizados por el condado (COHS): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health y CalOptima. El Gobierno federal regula los planes de Medicare y el Departamento de Servicios de Atención Médica regula los planes del COHS.
- **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.
- **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 o solicite el nombre de un abogado al colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales pueden brindarle servicios legales gratuitos si cumple con los requisitos.
 - Solicite un abogado de asistencia legal del Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medicare y 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 figuran 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 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: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un establecimiento de rehabilitación ambulatoria integral (servicios de CORF)).

Si no está seguro de qué sección consultar, llame a Servicio al Cliente a los números que figuran 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 la **Sección C del Capítulo 2**.

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. Para obtener información sobre cómo solicitar que se prolongue su hospitalización, consulte la **Sección H**.

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica, que se describen en el **Capítulo 4** de esta *Guía para los Miembros* en la Tabla de beneficios. En algunos casos, es posible que se apliquen distintas reglas a un medicamento de la Parte B de Medicare. Cuando sea el caso, le explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos 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 está recibiendo.

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 denegamos el pago.

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, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un CORF, 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, use esta sección (**Sección F**) como guía.

6. Está experimentando 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 las siguientes maneras:

- por teléfono al: 1-800-452-4413, TTY: 711.

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



- por fax al: 877-251-6671.
- por escrito a:

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan,
P.O. Box 927
Woodland Hills, CA 91365-9856

Decisión de cobertura estándar

Para darle nuestra decisión, usamos las fechas límite “estándar” a menos que aceptemos usar las fechas límite “rápidas”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en:

- **Cinco días hábiles** después de recibir su solicitud **de un servicio o artículo médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa.**
- **Cinco días hábiles**, y a más tardar **14 días consecutivos** después de recibir su solicitud **para todos los demás servicios o artículos médicos.**
- **72 horas** después de recibir su solicitud de un **medicamento de la Parte B de Medicare.**

Para un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días consecutivos más si solicitamos más tiempo o si necesitamos más información que pueda serle beneficiosa (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red). Si tomamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomar días adicionales si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no deberíamos** tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

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 dentro de:



- **72 horas** después de recibir su solicitud **de un servicio o artículo médico**.
- **24 horas** después de recibir su solicitud **de un medicamento de la Parte B de Medicare**.

Para un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días consecutivos más si encontramos información que puede resultarle beneficiosa (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para obtenernos información para la revisión. Si tomamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si cree que **no deberíamos** tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Para más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para que tomemos una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Solicitar cobertura para 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.
- Usar las fechas límite estándar **podrían causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad de funcionar**.

Si su médico nos dice que su salud lo requiere, tomaremos la decisión de cobertura rápida automáticamente. Si la solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su estado de salud no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo explica y, en su lugar, usaremos los plazos estándar. En la carta dirá:
 - Que tomamos una decisión de cobertura rápida automáticamente 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 más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si denegamos parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos.

- Si la **denegamos**, 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 apelaciones (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 desestimaré 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 relacionada con un servicio o artículo denegado, o para continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo, usted, su médico o su representante autorizado 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 otro proveedor solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo su representante para que actúe 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 descargar 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:
 - Desestimaremos su solicitud y
 - Le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación en un plazo de 65 días consecutivos a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si usted no puede cumplir con la fecha límite y cuenta con un buen motivo 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.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de su atención, usted y/o su médico pueden solicitar una apelación rápida.

Si su médico nos dice que su salud lo requiere, le otorgaremos la apelación rápida automáticamente. Si la solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si corresponde una apelación rápida.

- Si decidimos que su estado de salud no reúne los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta que lo explica y, en su lugar, usaremos los plazos estándar. En la carta dirá:
 - Que le otorgamos la apelación rápida automáticamente si su médico la solicita.

- Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de otorgarle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para 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 proceso de apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe, le enviaremos 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 diez 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, se suspenderá su servicio o artículo mientras espera la decisión de su apelación.

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 **denegamos** 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**. Si denegamos una apelación rápida, le daremos a usted, a su médico, al profesional que le recetó el medicamento o a su representante una confirmación verbal de la denegación.



- 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. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo le informamos qué es esta organización y explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema tiene que ver con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, 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 estatal. Para solicitar una Audiencia estatal, consulte la **Sección F4**, según corresponda.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- **Si denegamos parte o la totalidad de su solicitud**, enviaremos su apelación a la IRO para una apelación de Nivel 2.

Fechas límite para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos fechas límite 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 de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los siete 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 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 tiene que ver con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, 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 estatal. Para solicitar una Audiencia estatal, consulte la **Sección F4**, según corresponda.

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 de los siete días consecutivos a partir de la fecha en que recibimos su apelación si su solicitud era por un medicamento de la Parte B de Medicare.



Si **denegamos** parte o la totalidad de su solicitud, **tiene derechos de apelación adicionales:**

- Si **denegamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta.
- Si su problema tiene que ver con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la IRO para una apelación de Nivel 2.
- Si su problema tiene que ver con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si **denegamos** 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 tiene que ver con un servicio o artículo que suele cubrir **Medicare**, enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones ni bien se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema tiene que ver con un servicio o artículo que suele cubrir **Medi-Cal**, puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. La carta le explica cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema tiene que ver con un servicio o artículo que **tanto Medicare como Medi-Cal** pueden cubrir, automáticamente se le asignará 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, no hay una Revisión Médica Independiente disponible si ya ha presentado pruebas en una Audiencia estatal.

Si cumplió con los requisitos 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 tiene que ver con 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 tiene que ver con un servicio que generalmente solo cubre Medi-Cal, sus beneficios por ese servicio continúan si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los diez días consecutivos posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.



Cuando su problema es por 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 (el “expediente de su 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 tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá 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 tendrá 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 de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los siete días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación.

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:

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



- Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas, o**
- Prestar el servicio dentro de los **cinco 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 de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare objeto del 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** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas.**
- **Si la IRO deniega 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 “denegar 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 se deniega y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, 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 de derecho administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador se encargan de 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) Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)

Puede presentar una queja o solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) al Centro de Ayuda del DMHC. Al presentar una queja, el DMHC revisará nuestra decisión. El DMHC hará su propia investigación en relación con su queja o decidirá si el caso cumple con los requisitos para una IMR. Puede haber una IMR 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 o de investigación de Medi-Cal para una condición grave.
- Cuestiona si un servicio o procedimiento quirúrgico fue de naturaleza estética o reconstructiva.
- Se niega a pagar 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.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre nuestro proceso de apelaciones de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una solicitud de IMR/formulario de queja ante el DMHC.

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 DMHC, a menos que su apelación implique 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.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



Puede solicitar una IMR y una Audiencia estatal, pero no está permitido acudir a la IMR si ya ha presentado pruebas en una Audiencia estatal o tuvo una Audiencia estatal sobre el mismo asunto.

Si su tratamiento fue denegado 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 seis meses** posteriores al envío de nuestra decisión por escrito sobre su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de seis meses por motivos válidos; por ejemplo, si usted tenía una condición que le impidió solicitar una IMR dentro de los seis meses o si no recibió el aviso adecuado del proceso de la IMR.

Para presentar una queja o solicitar una IMR:

- Complete el formulario de queja/IMR 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 los 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 asistente autorizado si alguien le está ayudando con su IMR. Puede descargar el formulario en www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llamar al Centro de Ayuda del Departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe en línea el formulario de IMR/queja y cualquier archivo adjunto al DMHC. www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

Por correo o fax:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
Por fax: 916-255-5241



En el plazo de siete días, el DMHC revisará su solicitud y le enviará una carta de acuse de recibo. Si el DMHC determina que el caso cumple con los requisitos para una IMR, entonces se tomará una decisión de IMR dentro de los 45 días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.

Si su caso es urgente y cumple con los requisitos para una IMR, normalmente se tomará una decisión de IMR dentro de los siete días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.

Si no está conforme con el resultado de la IMR, aún puede solicitar una Audiencia estatal.

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 ve a un médico que no está en la red de su plan de salud, es importante que obtenga y nos envíe el expediente médico que mantiene ese médico. 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, una vez completado. Si su queja es urgente, se resolverá antes.

(2) Audiencia estatal

Puede solicitar una Audiencia estatal para los servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor solicita un servicio o artículo que no aprobaremos, o si decidimos no seguir pagando un servicio o artículo que ya recibe y denegamos su apelación de Nivel 1, tiene derecho a pedir una Audiencia estatal.

En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una Audiencia estatal** después de que se le envíe por correo la “Carta de decisión de apelación”.

NOTA: Si solicita una Audiencia estatal 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 estatal está pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?” en la página 272 para obtener más información.

Puede solicitar una Audiencia estatal de las siguientes maneras:

- En línea en www.cdss.ca.gov.
- Por teléfono: Llame al 1-800-743-8525. Este número recibe muchas llamadas. Es posible que usted reciba un mensaje que le diga que llame más tarde. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame a la línea TTY/TDD 1-800-952-8349.



- Por escrito: Complete el formulario de Audiencia estatal o escriba una carta. Envíe el documento por correo o fax a:
- Por correo: California Department of Social Services State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- Por fax: 916-309-3487 o sin cargo al 1-833-281-0903
- Puede completar la “Solicitud de Audiencia estatal” que figura en el reverso de la notificación de acción. Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social y/o el número de identificación de cliente (CIN) y la razón por la que desea una Audiencia estatal. Si alguien le está ayudando a solicitar una Audiencia estatal, especifique su nombre, dirección y número de teléfono en el formulario o la carta. Si necesita un intérprete, debe indicarle a la División de Audiencias Estatales qué idioma habla. No tendrá que pagar por el intérprete. La División de Audiencias Estatales le conseguirá uno. Si tiene una discapacidad, la División de Audiencias Estatales puede conseguirle sin cargo las adaptaciones especiales para ayudarlo a participar en la audiencia. Incluya información acerca de su discapacidad y las adaptaciones que necesita.
- Para una apelación de Nivel 2, usted le pide a la QIO que vuelva a revisar la decisión que se tomó en su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123 [TTY: 1-855-887-6668].
- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días consecutivos** posteriores al día en que la QIO **denegó** 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 denegó su apelación de Nivel 1.



- Le brindaremos los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Si la QIO **deniega** su apelación:
 - Está de acuerdo con la decisión que tomó sobre la apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
 - Se 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 F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente.

La División de Audiencias Estatales le comunica su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si la División de Audiencias Estatales **acepta** 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 la decisión de dicha División.
- Si la División de Audiencias Estatales **deniega** parte o la totalidad de su apelación, significa que están 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 “denegar su apelación”.

Si la decisión de la IRO o de la Audiencia estatal 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 ALJ o un abogado adjudicador se encargan de 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 Estatales 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 está obligado a pagar el saldo de ninguna factura. El único monto que deberían pedirle que pague es el copago para el Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos, Nivel 4: Medicamentos no preferidos, y Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado.

Si recibe una factura que supera su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague usted mismo 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 más información, consulte el **Capítulo 7** de esta *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 usted 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, con 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 el servicio o artículo no está cubierto o usted 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 apelaciones 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 **denegamos** 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 **deniega** su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se llama “ratificar la decisión” o “denegar su apelación”. Recibirá una carta en la que le explicamos los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los otros niveles de apelación.

Si **denegamos** su apelación y Medi-Cal suele cubrir el servicio o artículo, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos. 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 Medi-Cal podría cubrir. **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**.

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 ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de esta *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre 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
 - No apliquemos 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. La siguiente tabla puede ayudarle.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> o necesita que no apliquemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Quiere que cubramos un medicamento de nuestra <i>Lista de medicamentos</i> 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 con la Sección G2 y luego consulte las Secciones G3 y G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G5 .

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



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 denegamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico o el profesional que le recetó el medicamento debe explicar los motivos médicos por los 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"**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **"excepción del nivel de cobertura"**.

Los siguientes son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico o el profesional que le recetó el medicamento puede pedirnos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*, usted paga el copago que se aplica a los medicamentos del Nivel 4: Nivel de medicamentos no preferidos.
- No puede obtener una excepción del monto de copago obligatorio del medicamento.

2. Cómo eliminar una restricción para un medicamento cubierto

- Ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* tienen reglas y restricciones adicionales (consulte el **Capítulo 5** de esta *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 de pasos".

- Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones respecto a la cantidad que puede tener.
- Si aceptamos hacer una excepción por usted y no aplicamos una restricción, usted puede solicitar una excepción del monto del copago que usted debe pagar.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.

Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* se encuentra en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo es el nivel de los costos compartidos, más bajo es el copago.

- 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 para su condición médica se encuentra en un nivel de costo compartido más bajo que el medicamento que toma, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costos compartidos del medicamento alternativo. Esto reduciría el monto de su copago por el medicamento.
 - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costos compartidos para el nivel más bajo de productos biológicos alternativos para su condición.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costos compartidos para el nivel más bajo para alternativas de marca para su condición.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costos compartidos para el nivel más bajo para alternativas genéricas o de marca para su condición.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costos compartidos de ningún medicamento del Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado.
- Si aprobamos su solicitud de excepción del nivel de cobertura y hay más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente deberá pagar el monto más bajo.



G3. Aspectos importantes que debe saber acerca de solicitar una excepción

Su médico o el profesional que le recetó el medicamento debe informarnos los motivos médicos.

Su médico o el profesional que le recetó el medicamento debe darnos una declaración explicando los motivos médicos para solicitar una excepción. Para que se tome una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o el profesional que le 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 eficaz como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción del nivel de cobertura, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de costos compartidos más bajos no funcionen tan bien para usted o puedan causarle una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o denegar 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 **denegamos** su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **denegamos** 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), escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante, o su médico (o el profesional que le recetó el medicamento) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (o el profesional que le 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.

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



- No es necesario que autorice por escrito a su médico o el profesional que le recetó el medicamento para que soliciten una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos que le reembolsemos el dinero de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de esta *Guía para los Miembros*.
- Si solicita una excepción, proporciónenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye los motivos médicos de su médico o el profesional que le recetó el medicamento para la solicitud de excepción.
- Su médico o el profesional que le recetó el medicamento puede 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
 - Seleccione formularios para miembros
 - Inicie la solicitud de determinación de cobertura en línea
 - Puede iniciar el proceso para obtener una autorización previa o una excepción.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”.

Usamos las “fechas límite estándar” a menos que aceptemos usar las “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos 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 daremos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción del informe de su médico.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación acelerada de cobertura**”.

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 el costo de 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 u otro profesional autorizado para recetar medicamentos nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, revisaremos su solicitud dentro del plazo de decisión de cobertura rápida. Le enviaremos una carta con esta información.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos, nosotros decidiremos si corresponde una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su condición no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos la fecha límite estándar.
 - Le enviamos una carta informándole que usaremos la fecha límite estándar. En la carta también incluiremos una explicación de cómo presentar una apelación acerca de nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de las 24 horas. Para más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

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, enviaremos 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** parte o la totalidad de su solicitud, le brindaremos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.



- Si **denegamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos 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, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, le brindaremos 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 **denegamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos 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, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, le reembolsamos el dinero en un plazo de 14 días consecutivos.
- Si **denegamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos 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.

- Inicie su **apelación estándar** o **rápida** llamando al 1-800-452-4413 (TTY: 711), escribanos o envíenos un fax. Usted, su representante, o su médico (o el profesional que le recetó el medicamento) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la apelación.
- Debe solicitar una apelación **en un plazo de 65 días consecutivos** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si usted no puede cumplir con la fecha límite y cuenta con un buen motivo 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 el profesional que le 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 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 **denegar** 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 del 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** 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 **denegamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con la explicación de los motivos e información sobre cómo presentar una apelación.

Fechas límite para una apelación estándar del Nivel 1

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de siete días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no consiguió.
- Le daremos 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 damos una decisión en un plazo de siete 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** 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 siete días consecutivos** posteriores a la recepción de 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 **denegamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos 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 damos 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** 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 **denegamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con la explicación de los motivos e información sobre cómo presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si **denegamos** 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 **denegar** 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 el profesional que le recetó el medicamento deben comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si **denegamos** 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, enviaremos 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.

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



- 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 del 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** 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 siete días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- **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 la IRO **deniega** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. A esto se le llama “confirmar la decisión” o “denegar su apelación”.

Si la IRO **deniega** 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 enviará 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 otra instancia de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO **deniega** su apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar con el proceso de apelaciones, usted debe hacer lo siguiente:
 - Decidir si desea presentar una apelación de Nivel 3.
 - Consultar la carta que la IRO le envió después de su apelación de Nivel 2 para conocer los detalles sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encargan de 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. Para más información sobre la cobertura de servicios hospitalarios de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de esta *Guía para los Miembros*.

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 cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o le preocupa su atención después de recibir el alta, 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/a enfermero/a o un/a 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 sean ingresados 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 figuran 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 hospitalizado, 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 están dando 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 esté de acuerdo con 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 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 figuran al pie de la página
- Llamar a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visitar www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

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



H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado 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 Commence Health. Llámelos 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.
- Debido a que 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 ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) o solicitarle una Revisión Médica Independiente. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicio al Cliente a los números que figuran al pie de la página.
- Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa 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.

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



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 el hospital y nuestro plan.
- Antes del mediodía del día posterior a que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibirá una carta con la fecha de alta planificada. La carta también explica los motivos por los que 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 solicitar una carta de muestra llamando a Servicio al Cliente a los números que figuran al pie de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

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:

- Le brindaremos los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **deniega** su apelación:

- Crean que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada.
- 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 deniega 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 su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123 [TTY: 1-855-887-6668].

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días consecutivos** posteriores al día en que la QIO **denegó** 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 denegó su apelación de Nivel 1.
- Le brindaremos los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **deniega** su apelación:

- Está de acuerdo con la decisión que tomó sobre la apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- Se 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 F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encargan de 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 atención médica en el hogar
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada **y**
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un 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.

I2. 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 figuran 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 esta *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo contactarla.
 - Pídales 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 no 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 ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) o solicitarle una Revisión Médica Independiente. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente.

El término legal para el aviso por escrito es “**Aviso de no cobertura de Medicare**”. Si desea solicitar una copia de muestra, llame a Servicio al Cliente a los números que figuran al pie de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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/BN/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 antes del 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 proporcionarán su decisión dentro de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Proporcionaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **deniega** su apelación:

- Su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.
- Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que se indica en el aviso.
- Usted paga el costo total de esta atención si decide continuar con la atención médica 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.

I3. 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 su apelación de Nivel 1. Llámelos 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 **denegó** su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continúa recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de la 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 reembolsaremos nuestra parte de 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 **deniega** su apelación:

- Significa que está de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiará.
- Se 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 ALJ o un abogado adjudicador se encargan de 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 denegadas, es posible que tenga derecho a niveles de apelación adicionales.

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



Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un determinado monto mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibirá 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 abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **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 objeto del 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 abogado adjudicador.
 - Si el ALJ o el abogado adjudicador **deniegan** su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que deniega 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 el Consejo **acepta** su apelación de Nivel 4 o deniega 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 **deniega** o rechaza nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que deniega 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 **deniega** la apelación. Esta es la decisión definitiva. 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 Estatales le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión de la Audiencia estatal 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 extenderse hasta 180 días si tiene un buen motivo para su respuesta tardía. En su solicitud de nueva audiencia, indique la fecha en que recibió su decisión y por qué se debe conceder una nueva audiencia. Si desea presentar evidencia adicional, descríbala y explique por qué la carta no se presentó antes y cómo cambiaría la decisión. Puede comunicarse con los servicios legales para obtener asistencia. 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 ante 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 dicta una decisión definitiva 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

En esta sección puede haber información útil para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron denegadas.

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 abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **aceptan** su apelación:

- El proceso de apelación habrá 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 hacer el pago a más tardar 30 días consecutivos después de recibir la decisión.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **deniegan** su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que deniega 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 dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación habrá 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 hacer el pago a más tardar 30 días consecutivos después de recibir la decisión.

Si el Consejo **deniega** su apelación o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** la decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que deniega 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 **deniega** la apelación. Esta es la decisión definitiva. 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 se siente conforme con la calidad de la atención médica; 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.

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



Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• Un proveedor de atención médica o el personal fue grosero con usted o le faltó el respeto. • Nuestro personal le trató mal. • Cree que le 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 lenguaje de señas americano o 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.
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.



Queja	Ejemplo
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 la fecha límite para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle el costo de ciertos servicios médicos. • Piensa 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).

El término legal para “queja” es **“queja formal”**.

El término legal de este proceso es **“presentar una queja formal”**.

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.
- 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 formal

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



- 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 formal. También puede presentar una queja formal por escrito dentro de los 60 días consecutivos posteriores al evento enviándola a:

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
Appeals & Grievances Department
P.O. Box 927
Woodland Hills, CA 91365-9856

- Por fax: 916-350-6510
- Si se comunica con nosotros por fax o por correo, llámenos para solicitar un Formulario de quejas formales y apelaciones de Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 está solicitando una “queja formal acelerada” o una “decisión rápida” o una “apelación rápida”, presente su apelación/queja formal por escrito a la dirección indicada en el Paso 1 anterior o llamando a Servicio al Cliente al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Para una “queja formal acelerada” o una “decisión rápida” o una “apelación rápida”, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación/queja formal por escrito o por teléfono. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere. Si solicita una “queja formal 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 formal acelerada”. Debemos abordar su queja formal 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 formal**

- Si no está conforme con la resolución de su queja formal relacionada con un problema de calidad de la atención médica, puede presentar una solicitud de audiencia de queja formal por escrito al Departamento de Apelaciones y Quejas Formales de Blue Shield Medicare. Dentro de los 31 días consecutivos posteriores a su solicitud por escrito, formaremos un panel para conocer su caso. Se le invitará a asistir a la audiencia, que incluye a un médico no involucrado y un representante del Departamento de Resolución de Apelaciones y Quejas Formales. Podrás asistir presencialmente o por teleconferencia. Después de la audiencia, le enviaremos una carta de resolución definitiva. Si no está conforme con la resolución de su queja formal que no incluye calidad de la atención, como tiempos de espera, falta de respeto, servicio al cliente o limpieza, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan para solicitar una revisión adicional.

El término legal para “queja rápida” es “queja formal 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 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 estatus y el tiempo estimado para que reciba la respuesta.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le presentaremos 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 presentaremos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su queja, le informaremos y le explicaremos nuestros motivos. Responderemos 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/my/medicare-complaint. No necesita presentar una queja ante Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan antes de presentar una queja ante 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 deben 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 Atención Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services, 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. Sin embargo, puede comunicarse con el DMHC sin presentar una apelación de Nivel 1 si necesita ayuda con una queja que implica 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 dificultades de audición 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 (Office for Civil Rights, OCR)

Puede presentar una queja ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, 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.

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: 1-800-368-1019
Por fax: 202-619-3818
TTY: 1-800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

También puede tener derechos según la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) y la Ley de Enmiendas de 2008 (Ley Pública 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 esta *Guía para los Miembros*.

En California, la QIO se llama Commence Health. El número de teléfono de Commence Health es 1-877-588-1123 [TTY: 1-855-887-6668].

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



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 cancela su membresía con 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 este *Guía para los Miembros*.



Índice

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan.....	310
B. Cómo cancelar la membresía en nuestro plan.....	311
C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.....	312
C1. Sus servicios de Medicare.....	312
C2. Sus servicios de Medi-Cal	316
D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan	317
E. Otras situaciones en las que se cancela su membresía en nuestro plan	317
F. Reglas que nos prohíben que le pidamos que cancele su membresía en nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud	319
G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	319
H. Cómo obtener más información para cancelar su membresía en el plan	319



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. Como tiene Medi-Cal, tiene algunas opciones para cancelar 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 abierta**, 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 tercer 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 que lo hacen elegible para hacer cambios 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 a, actualmente está recibiendo atención en o acaba de mudarse de un centro de reposo u hospital de atención médica a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibimos su solicitud de cancelar su membresía en nuestro plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Si se inscribe en otro plan, su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

Si cancela su membresía en 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 figura al pie de esta página. El número para usuarios de TTY también está incluido.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa 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 más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP. Opciones de Atención Médica al 1-844-580-7272 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Defensor de los Derechos del Paciente de la 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 a 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 esta *Guía para los Miembros* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar la membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede hacerlo inscribiéndose en otro plan de Medicare o puede cambiarse a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original pero no ha seleccionado un plan separado de medicamentos de Medicare, deberá solicitar la cancelación de su membresía en nuestro plan. Hay dos maneras en las que puede pedir que se cancele su membresía:

- Puede solicitárnoslo por escrito. Comuníquese con Servicio al Cliente al número que figura al pie de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades de audición 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 295 contiene más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando cancela su membresía en nuestro plan.

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



- 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 describe los pasos que puede seguir para inscribirse en otro plan, lo que también cancelará su membresía en nuestro plan.

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 cancelar su membresía en 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 e incluyen todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un plan del Programa de Cobertura Médica Total para Personas de la Tercera Edad (PACE), si cumple con los requisitos.

Nota: El término Plan Medi-Medi es el nombre de 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). 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 Asesoramiento y Defensa 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 más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.

O

Inscríbase en un nuevo Plan Medi-Medi.

Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Su plan Medi-Cal cambiará para que coincida con su Plan Medi-Medi.



2. Se puede cambiar a: Medicare Original con un plan separado de medicamentos de Medicare y un plan de Medi-Cal.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa 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 más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. O Inscribirse en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su membresía quedará cancelada automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original. Permanecerá inscrito en su Plan Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.
--	---



3. Se puede cambiar a: Medicare Original sin un plan separado de medicamentos de Medicare si tiene un motivo válido para cancelar su membresía NOTA: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le indique a Medicare que no desea inscribirse. Solo es recomendable cancelar la cobertura de medicamentos si tiene esa cobertura a través de otro plan, como el patrocinado por un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensa 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 más información o para encontrar una oficina local del 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). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa 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 más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. Su membresía quedará cancelada automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original. Permanecerá inscrito en su Plan Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.
--	--



4. Se puede cambiar a: Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertas épocas del año, incluido el período de inscripción abierta 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). 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 Asesoramiento y Defensa 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 más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. O Inscríbase en un nuevo plan Medicare. Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience 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 con Opciones de Atención Médica al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. O visite www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Pregunte cómo se verá afectada su cobertura de Medi-Cal si se inscribe en otro plan o regresa a Medicare Original.

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



D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si cancela su membresía en 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 y atención médica a través de nuestro plan, hasta que comience la cobertura de 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 está hospitalizado el día en que finaliza su membresía en Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 cancelar 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 cumple con los requisitos para Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que cumplen con los requisitos 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 el Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 estatus 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 estatus 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 preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



- Extendemos la oportunidad de cambiarse a uno de nuestros planes D-SNP no 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 cumplir con los requisitos 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 estatus de necesidades especiales, su membresía en Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 la cobertura de sus medicamentos.
- Si no es ciudadano natural o legal de los Estados Unidos, o extranjero elegible.
 - Debe ser ciudadano natural o legal de los Estados Unidos, o extranjero elegible para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notificarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
 - Debemos cancelar su membresía si no cumple con este requisito.

Si pierde su elegibilidad para Medi-Cal pero se espera que la recupere dentro de 6 meses, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Cuando finalice su cobertura de Medi-Cal, no pagaremos sus beneficios de Medi-Cal. Esto también significa que sus costos de bolsillo, como copagos, primas y deducibles, costarán más durante los meses en que haya perdido la cobertura de Medi-Cal. Para obtener más información y ayuda con la renovación de la elegibilidad para Medi-Cal, comuníquese con el equipo de retención de personas con doble elegibilidad de Blue Shield al (844) 378-4181 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.



Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Medi-Cal y sus beneficios de Medi-Cal. Si su elegibilidad para Medi-Cal se restablece mientras aún está inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de Medi-Cal y su inscripción con nosotros continuará. Si no puede recuperar Medi-Cal dentro de los 6 meses, cancelaremos su membresía en Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Si usted recupera la elegibilidad para Medi-Cal después de que su membresía haya sido cancelada, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Podemos obligarle a cancelar su membresía en 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 identificación del miembro para recibir atención médica. (Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso si cancelamos su membresía por este motivo).

F. Reglas que nos prohíben que le pidamos que cancele su membresía en nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que cancele su membresía en nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que cancele su membresía en 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.

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 por los que la cancelamos. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de esta *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 figura al pie de esta página.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite 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 este *Guía para los Miembros*.

Índice

A. Aviso sobre leyes	321
B. Aviso federal sobre no discriminación	321
C. Aviso de no discriminación para Medi-Cal	322
D. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso	323
E. Aviso sobre la recuperación de patrimonio de Medi-Cal	324
F. Administración de la <i>Guía para los Miembros</i>	324
G. Cooperación de miembros	324
H. Cesión	325
I. Responsabilidad del empleador	325
J. Responsabilidad de las agencias gubernamentales	325
K. Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.	325
L. Recuperación de pago excedente	325
M. Cuando un tercero causa las lesiones	325
N. Aviso sobre la participación en el intercambio de información médica protegida	326
O. Cómo denunciar casos de fraude, derroche y abuso	327

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.

Para más información, visite blueshieldca.com/medicare.



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 esta *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 federal sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiación federal y cualesquiera otras leyes y reglas que se apliquen por cualquier otro motivo.

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 formal al respecto, comuníquese de uno de los siguientes modos:
 - Envíe un correo electrónico a: CivilRights@dhcs.ca.gov
 - Complete 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

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



- Los formularios de queja están disponibles en: dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- Si su queja formal 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 de audición o del habla, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Por escrito: Complete 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
- Hay formularios de queja disponibles en www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- 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 de no discriminación para Medi-Cal

No discriminamos ni tratamos de manera diferente a las personas por motivos de raza, etnia, origen nacional, color de piel, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, no discriminamos ilegalmente, excluimos ni tratamos a las personas de manera diferente por su ascendencia, identificación con un 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 Servicios de Salud al 916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones). Si cree que sufrió discriminación y desea presentar una queja formal por discriminación, comuníquese por una de estas vías:
- Envíe un correo electrónico a: CivilRights@dhcs.ca.gov

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



- Complete 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 su queja formal 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 de audición o del habla, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Por escrito: Complete 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

Hay formularios de queja 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.

D. 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 de auto o el seguro de compensación por accidente de trabajo 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.

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



Cumplimos con las leyes y reglamentaciones estatales y federales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica prestados a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Los miembros de Medi-Cal deben utilizar toda otra cobertura médica (OHC) antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible con su cobertura médica, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que, en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario a la OHC de Medicare, que cubre los costos permitidos que no paga nuestro plan u otra OHC, hasta la tarifa de Medi-Cal.

E. Aviso sobre la recuperación de patrimonio de Medi-Cal

El programa Medi-Cal debe solicitar el reembolso a 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 médica administrada/pagos de capitación por servicios de centros de reposo, servicios en el hogar y la comunidad y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados relacionados que se recibieron cuando el miembro estaba hospitalizado en un centro de reposo o recibía servicios en el hogar y la comunidad. 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.

F. 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*.

G. 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*.



H. 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 y por escrito.

I. Responsabilidad del empleador

Ante cualquier servicio que las leyes exijan que sea proporcionado por un empleador, no le pagaremos al empleador y, si cubrimos dicho servicio, podemos recuperar el valor de los servicios al empleador.

J. Responsabilidad de las agencias gubernamentales

Ante cualquier servicio que las leyes exijan que sea proporcionado únicamente por una agencia gubernamental o recibido de ella, no le pagaremos a la agencia gubernamental y, si cubrimos dicho servicio, podemos recuperar el valor de los servicios a la agencia gubernamental.

K. Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.

Ante cualquier servicio para condiciones que las leyes exijan 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 al Departamento de Asuntos de Veteranos.

L. Recuperación de pago excedente

Podemos recuperar cualquier pago excedente que realicemos por servicios a cualquier persona que reciba dicho pago excedente o a 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.

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



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, 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 en concepto de 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 judicial real o potencial contra un tercero que surja de los presuntos actos u omisiones que causaron la lesión o enfermedad. Si ya se ha presentado un reclamo o una acción judicial, la notificación debe presentarse a más tardar 30 días después de la fecha de presentación.
2. Aceptar cooperar plenamente y firmar 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, con fondos procedentes 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 el abogado del tercero, o el tribunal, a menos que las leyes lo prohíban 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 protegida

Blue Shield participa en el intercambio de información médica protegida (HIE) de Manifest MedEx y pone la información médica protegida 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

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



de datos estatal de registros electrónicos de pacientes que incluye información médica protegida aportada por médicos, centros de atención médica, planes de servicios de atención médica y compañías de seguros de salud. Los proveedores de atención médica autorizados (incluidos médicos, enfermeros y hospitales) pueden acceder de forma segura a la información médica protegida 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 protegida 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 de salud 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 1-888-510-7142, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., PST. Las personas con dificultades auditivas pueden llamar al TTY: 711.

O. Cómo denunciar 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 indebido de fondos o recursos de atención médica sin una necesidad justificable de hacerlo.
- El **abuso** es una práctica que es inconsistente con las buenas prácticas médicas o comerciales, que puede resultar directa o indirectamente en costos innecesarios para un programa de atención médica.

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



Protéjase a usted y sus beneficios

- Nunca dé sus números de Seguro Social, de Medicare o de su 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 objeto de valor a cambio de servicios médicos.

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 en el hogar 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.

Por desgracia, ahora estos estafadores tienen el número de su plan de salud o 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 denunciar sospechas de fraude, derroche y abuso, póngase en contacto por teléfono con:

- **Línea directa de Blue Shield of California contra fraudes de Medicare: 1-855-331-4894 (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 utilizados en esta *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 de la que se incluye en una definición, comuníquese con Servicio al Cliente.

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.

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. El **Capítulo 9** de esta *Guía para los Miembros* se explica el proceso de apelaciones, incluso cómo presentarlas.

Área de servicio: Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía en función del lugar donde viven las personas. 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.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Los servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada prestados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que pueden administrarse por personal de enfermería titulado o un médico.

Atención médica de urgencia: La atención que usted recibe por una enfermedad, lesión o condición imprevista que no es una emergencia pero que necesita atención de inmediato. Puede recibir atención médica de urgencia de proveedores fuera de la red cuando por la hora, su ubicación o sus circunstancias, no es posible o razonable recibir servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios por una condición imprevista, pero que no es una emergencia médica).

Audiencia estatal: Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de Medi-Cal que no aprobamos, o si no continuamos pagando por un servicio de Medi-Cal que usted ya tiene, usted puede solicitar una Audiencia estatal. Si la Audiencia estatal se decide a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Autorización previa (PA): Una aprobación que debe obtener de nuestra parte antes de poder acceder a un servicio o medicamento específico o recurrir a 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 esta *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.

Auxiliar de atención médica en el hogar: Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero/a o terapeuta con licencia, como ayudar con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los auxiliares de atención médica en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Ayuda Adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “subsidio por ingresos bajos” o “LIS”.

Biosimilar: Un 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 el producto biológico original en la farmacia sin necesitar una nueva receta. (Vea “Biosimilar intercambiable”).

Biosimilar intercambiable: Un 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 las leyes estatales.

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).

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que brinda instrucción adicional a nuestros proveedores de atención médica y que les ayuda a entender mejor su origen, valores y creencias para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas particulares.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de reposo 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.

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



Centro quirúrgico ambulatorio: Un establecimiento que realiza cirugías ambulatorias a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. El **Capítulo 2** de esta *Guía para los Miembros* explica cómo comunicarse con los CMS.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Un consejo que revisa las apelaciones de Nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Coordinador de atención: Una persona principal que coordina con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Copago: Un monto fijo que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe ciertos servicios o surte ciertos medicamentos. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un servicio o un medicamento recetado.

Costos compartidos: Montos que tiene que pagar cuando recibe ciertos servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen los copagos.

Costos de bolsillo: El requisito de costos compartidos, según el cual los miembros deben pagar parte de los servicios o medicamentos que reciben, también se denomina requisito de costo “de bolsillo”. Consulte la definición de “costos compartidos” arriba.

Cuidados paliativos para pacientes terminales: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal es cuando un médico ha certificado que la persona tiene una enfermedad terminal, lo cual significa que su esperanza de vida es de seis meses o menos.

- Una persona inscrita que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir cuidados paliativos para pacientes 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 paliativos para pacientes terminales en su área geográfica.

Decisión de cobertura: Una 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 esta *Guía para los Miembros* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.



Defensor de los Derechos del Paciente: Una 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 esta *Guía para los Miembros*.

Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC): El departamento del estado de California responsable de regular la mayoría de 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).

Departamento de Servicios de Salud (DHCS): El departamento del estado de California que administra el programa de Medicaid (conocido como Medi-Cal).

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 paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. El **Capítulo 9** de esta *Guía para los Miembros* explica las decisiones de cobertura.

D-SNP integrado: Un 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.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con conocimientos promedio sobre temas 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 una mujer embarazada, la pérdida del bebé por nacer). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Equipo de atención: Consulte “Equipo de cuidados interdisciplinario”.

Equipo de cuidados interdisciplinario (ICT o Equipo de atención médica):

Un equipo de atención podría incluir médicos, enfermeros/as, consejeros u otros profesionales de la salud que están disponibles para ayudarle a acceder a la atención que necesita. Su equipo de atención médica también le ayuda a elaborar un plan de atención.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que su médico le receta 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 generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

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



Especialista: Un médico que trata ciertos tipos de problemas médicos. Por ejemplo, un cirujano ortopédico trata huesos rotos, un alergista trata alergias y un cardiólogo trata problemas cardíacos. En la mayoría de los casos, un miembro necesita una referencia de su PCP para ver a un especialista.

Establecimiento de rehabilitación ambulatoria integral (CORF): Un 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.

Etapas de cobertura de gastos excedentes: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Esta etapa inicia una vez que usted (u otras partes calificadas en su nombre) haya gastado \$2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año. Usted no paga nada.

Etapas de cobertura inicial: La etapa antes de que sus gastos totales en medicamentos de la Parte D de Medicare alcancen los \$2,400. Esto incluye los montos que usted pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio para personas de bajos ingresos. Esta etapa empieza cuando surte su primer medicamento recetado del año. Durante esta etapa, nuestro plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

Evaluación de riesgos para la salud (HRA): Una revisión de su historial médico y estado actual de salud. Se usa para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Facturación de saldo: La práctica según la cual un proveedor le factura a un paciente la diferencia entre los cargos facturados totales del proveedor y el monto pagado por el plan de salud del paciente.

Facturación inapropiada: Una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura un monto más alto que nuestro monto de costos compartidos por los servicios. Llame a Servicio al Cliente si recibe alguna factura que no comprende.

Como miembro del plan, usted solo paga los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe los servicios que cubrimos. **No** permitimos que los proveedores le facturen más que este monto.

Farmacia de la red: Una farmacia (botica) 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.

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



Farmacia especializada: Consulte el **Capítulo 5** de esta *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

Farmacia fuera de la red: Una 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.

Gestión de Terapias con Medicamentos (MTM): Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un Programa de Gestión de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar sus medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de esta *Guía para los Miembros* para obtener más información.

Guía para los Miembros e información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo o cláusula adicional, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o aplicación informática en el que las personas inscritas pueden buscar información completa, precisa y oportuna sobre los beneficios y medicamentos cubiertos que son clínicamente apropiados y específicos para la persona inscrita. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia de pasos, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Información médica protegida (también llamada información médica personal) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, consultas a médicos y antecedentes médicos. 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.

Juez de derecho administrativo: Un juez de derecho administrativo (ALJ) es un juez que preside audiencias y toma decisiones en casos relacionados con agencias gubernamentales. Un juez que revisa una apelación de Nivel 3.

Límites de cantidad: Un límite de la cantidad de un medicamento que usted puede recibir. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.



Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Una lista de los medicamentos recetados y de venta sin receta (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”.

Medicaid (o Asistencia Médica): Un 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 de Medicaid del estado de California.

Medi-Cal: Este es el nombre del programa de Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por 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 algunos medicamentos que Medicare no cubre.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si cumple con los requisitos tanto para Medicare como para Medi-Cal.

Medicamento 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 evita que tenga que ser ingresado en un hospital o centro de reposo. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.

Medicamento de marca: Un medicamento que es fabricado y comercializado por la empresa que lo produjo 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 y generalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca vence.

Medicamento genérico: Un medicamento aprobado por la FDA para usar en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Generalmente es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta sin receta (OTC) cubiertos por nuestro plan.



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. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de venta sin receta (OTC): Los medicamentos de venta sin receta son fármacos o medicamentos 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”.

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”.

Medicare Advantage: Un 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.

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

Medicare: 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 (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 administrada (consulte “Plan de salud”).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una 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 por el estado.

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



Nivel de costos compartidos: Un grupo de medicamentos que tienen el mismo copago. Todos los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida simplemente como *Lista de medicamentos*) están en uno de cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto es el nivel de los costos compartidos, más elevado el costo del medicamento.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos*. Medicamentos genéricos, de marca o de venta sin receta (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento que figura en la *Lista de medicamentos* pertenece a uno de cinco niveles.

Organización de Mejora de la Calidad (QIO): Un 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 esta *Guía para los Miembros* para obtener información sobre la QIO.

Organización de revisión independiente (IRO): Una organización independiente contratada por Medicare que revisa las apelaciones de nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Paciente hospitalizado: Un término que se usa cuando se le ingresa formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es ingresado formalmente, es posible que aún se le considere paciente ambulatorio en lugar de paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche en el hospital.

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 en el hogar y cuidados paliativos para pacientes terminales.

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis 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 de 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 de Medicare. A este programa lo llamamos “Parte D” para abreviar. La Parte D de Medicare cubre medicamentos, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte



A de Medicare, la Parte B de Medicare ni Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de 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.

Persona inscrita en Medicare-Medi-Cal: Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. A una persona inscrita en Medicare-Medicaid también se la llama “persona con doble elegibilidad”.

Plan de atención: Consulte “Plan de atención médica personalizado”.

Plan de atención médica personalizado (ICP o Plan de atención): Un plan que detalla los servicios que recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios para los trastornos de la conducta y servicios y apoyos a largo plazo.

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.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.

Plan Medi-Medi: Un plan Medi-Medi 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.

Planes 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.

Producto biológico: Un medicamento 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”).

Producto biológico original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como parámetro para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se llama producto de referencia.

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



Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP):

Un programa que proporciona información y asesoramiento gratuitos y objetivos sobre Medicare. El **Capítulo 2** de esta *Guía para los Miembros* explica cómo comunicarse con el HICAP.

Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP): Un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH esenciales para la vida.

Programa de Cobertura Médica Total para Personas de la Tercera Edad (PACE): Un 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.

Programa de entrega a domicilio: Algunos planes pueden ofrecer un programa de entrega a domicilio que le permite obtener un suministro de hasta tres 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.

Programa de gestión de medicamentos (DMP): Un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los medicamentos recetados que contienen opioides y otros medicamentos que con frecuencia provocan trastornos por abuso.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP): Un programa estructurado destinado a propiciar un cambio de conducta de salud, que brinda capacitación en cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos para bajar de peso de manera consistente y mantener un estilo de vida saludable.

Programa de Subsidios por Ingresos Bajos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional”

Prótesis y dispositivos ortopédicos: Dispositivos médicos recetados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, 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.

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Este proveedor 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.

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



- Consulte el **Capítulo 3** de esta *Guía para los Miembros* para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: Un proveedor que trabaja con nuestro plan. Estos proveedores están de acuerdo con aceptar nuestro pago como pago completo. Hemos coordinado con estos proveedores para que le brinden a usted los servicios cubiertos. 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. “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 en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipo médico y servicios y recursos de apoyo a largo plazo.

Proveedor fuera de la red o establecimiento fuera de la red: Un proveedor o establecimiento que no es empleado de nuestro plan, no pertenece 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 esta *Guía para los Miembros* explica qué son los proveedores o establecimientos fuera de la red.

Proveedores: Son médicos, enfermeras/os y otras personas que le brindan servicios y atención y tienen licencia del estado para hacerlo. Los proveedores además incluyen hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios para los trastornos de la conducta, equipos médicos y ciertos LTSS.

Queja: Una 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 “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

Queja formal: Una queja que usted 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.

Referencia: Una referencia es la aprobación concedida por su proveedor de atención primaria (PCP) o por nosotros para que usted utilice 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 esta *Guía para los Miembros*.

Residencia o centro de reposo: Un establecimiento que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en casa pero que no necesitan estar en el hospital.



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 tiene que ver con un servicio de Medi-Cal, incluidos medicamentos y suministros de DME, puede solicitar una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso realizada por expertos 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.

Salud conductual: Se refiere a nuestro bienestar emocional, psicológico y social. En términos más sencillos: Se trata de cómo pensamos, sentimos e interactuamos con otros. Término integral que se refiere a los servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Un 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.

Servicio al Cliente: Un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de esta *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre nuestro Servicio al Cliente.

Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS): Programa de servicios para pacientes ambulatorios en un establecimiento que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapia ocupacional y del habla, cuidado personal, capacitación y apoyo para familias/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a miembros elegibles que cumplen con los criterios de elegibilidad aplicables.

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.

Servicios cubiertos: El término general que usamos para referirnos a toda la atención médica, servicios y recursos de apoyo a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta sin receta, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

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.

Servicios de asistencia en el hogar (IHSS): El programa de IHSS ayuda a pagar a los proveedores de atención inscritos los servicios que usted recibe para poder quedarse en su propio hogar sin correr riesgos. IHSS se considera una alternativa a la atención fuera del hogar,

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



como residencias de reposo o establecimientos de pensión y cuidados. Para que pueda recibir servicios, se hace una evaluación para determinar qué tipos de servicios pueden autorizarse para cada participante en función de sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de 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, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para personas con discapacidad mental. Las agencias de servicios sociales del condado administran los IHSS.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional. Consulte el **Capítulo 4** de esta *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios preventivos: Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

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, centros de reposo (NF) y servicios de apoyo comunitarios. Los programas de exención IHSS y según la sección 1915(c) son LTSS de Medi-Cal que se brindan fuera de nuestro plan.

Tarifa diaria de costos compartidos: Una tarifa que puede aplicarse cuando su médico le receta menos de un suministro mensual completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido por la cantidad de días del mes de su suministro.

Este es un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento por el suministro para un mes completo (un suministro para 30 días) es de \$1.35. Esto significa que el monto que usted paga por su medicamento es menos de \$0.05 por día. Si recibe un suministro del medicamento para siete días, su pago es inferior a \$0.05 por día multiplicado por siete días, lo que da un pago total inferior a \$0.35.

Terapia de pasos: Una regla de cobertura que requiere que usted pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.



Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan

Tipo	Detalles
LLAMAR	1-800-452-4413 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. Puede llamar a Servicio al Cliente para obtener este documento sin cargo en otros formatos, como en letra grande, braille y/o audio. Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes 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 de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT.
FAX	877-251-6671
ESCRIBIR	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
PÁGINA WEB	blueshieldca.com/medicare

Declaración de divulgación de PRA. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

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





blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555