

2024

Evidencia
de cobertura



HMO

Blue Best Life Plus (HMO)

Condado de Maricopa

Condado de Pinal



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

1 de enero – 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Su cobertura de servicios y beneficios médicos de Medicare y la cobertura de medicamentos con receta como miembro de Blue Best Life Plus (HMO) – Condados de Maricopa y Pinal

Este documento le da información de su cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 480-937-0409 (en Arizona) o sin costo al 1-800-446-8331. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.. Esta llamada es gratis.

Este plan, Blue Best Life Plus, lo ofrece Blue Cross® Blue Shield® of Arizona. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Blue Cross Blue Shield of Arizona (AZ Blue). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Blue Best Life Plus.

Este documento está disponible gratis en español. Esta información está disponible electrónicamente o en letra grande.

Los beneficios, la prima o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Les avisaremos sobre los cambios a los miembros afectados con un mínimo de 30 días de antelación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Úselo para entender:

- Su prima y costos compartidos del plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda, y
- Otras protecciones que exige la ley de Medicare.

Y0137_M35423v001PY24_C

Aprobación OMB 0938-1051 (Vence: 29 de febrero de 2024)

Evidencia de cobertura para 2024**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	4
SECCIÓN 1 Introducción	5
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	6
SECCIÓN 3 Material importante de la membresía que recibirá	7
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Blue Best Life Plus	8
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	11
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	14
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	15
CAPÍTULO 2: <i>Teléfonos y recursos importantes</i>	17
SECCIÓN 1 Información de contacto de Blue Best Life Plus (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios para Miembros)	18
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	22
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	23
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad	24
SECCIÓN 5 Seguro Social	25
SECCIÓN 6 Medicaid	26
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos con receta médica	27
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	28
SECCIÓN 9 ¿Tiene usted un seguro colectivo u otro seguro de salud de un empleador?	29
CAPÍTULO 3: <i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i>	30
SECCIÓN 1 Qué debe saber sobre cómo obtener la atención médica como miembro de nuestro plan	31
SECCIÓN 2 Cómo usar a los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica	33
SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	36
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de sus servicios?	39
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio clínico de investigación?	39
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud	41
SECCIÓN 7 Normas para poseer equipo médico duradero	42

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)	45
SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de bolsillo para servicios cubiertos	46
SECCIÓN 2 Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar	47
SECCIÓN 3 ¿Cuáles servicios no están cubiertos por el plan?	100
CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D	103
SECCIÓN 1 Introducción	104
SECCIÓN 2 Presente sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo del plan	104
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	107
SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	109
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto?	111
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia?	114
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	116
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta	117
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	118
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos	119
CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D	122
SECCIÓN 1 Introducción	123
SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de en cuál etapa de pago de medicamentos se encuentra cuando obtiene el medicamento	125
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en cuál etapa de pago se encuentra	126
SECCIÓN 4 No hay deducible para Blue Best Life Plus	127
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de medicamentos y usted paga su parte	128
SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de período sin cobertura	132
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D	133
SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene	133
CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos	135
SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos	136

Índice

SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió	138
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no	139
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	140
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	141
SECCIÓN 2	Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades	153
CAPÍTULO 9:	<i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	155
SECCIÓN 1	Introducción	156
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	156
SECCIÓN 3	Para solucionar su problema, ¿Qué proceso debe utilizar?	157
SECCIÓN 4	Una guía para los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones	158
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	161
SECCIÓN 6	Sus medicamentos con receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	169
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le darán el alta demasiado pronto	179
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura terminará muy pronto	187
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al nivel 3 y niveles posteriores	193
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones	196
CAPÍTULO 10:	<i>Cómo cancelar su membresía en el plan</i>	200
SECCIÓN 1	Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan	201
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?	201
SECCIÓN 3	¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?	203
SECCIÓN 4	Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	204
SECCIÓN 5	Blue Best Life Plus debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones	205
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	207
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	208
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación	208
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare	208
SECCIÓN 4	Declaración de revelación	209
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	210

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Usted está inscrito en Blue Best Life Plus, un plan HMO de Medicare**

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de atención médica y sus medicamentos con receta médica de Medicare a través de nuestro plan, Blue Best Life Plus. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

Blue Best Life Plus es un Plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura conforme a este plan califica como Cobertura de salud elegible (QHC) y cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de protección al paciente y cuidados de salud asequibles (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el documento *Evidencia de cobertura*?

Este documento de *Evidencia de cobertura* le explica cómo obtener la atención médica y los medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención médica y los servicios y a los medicamentos con receta que están disponibles para usted como miembro de Blue Best Life Plus.

Si es un miembro nuevo, es importante que sepa cómo funciona el plan, cuáles son las normas y cuáles servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique algo de tiempo para examinar este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal de la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted y describe cómo Blue Best Life Plus cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte acerca de cambios a su cobertura o a las condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato está en vigor durante los meses en los que usted esté inscrito en Blue Best Life Plus entre el 1 de enero de 2024 y 31 de diciembre de 2024.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Cada año calendario, Medicare nos permite efectuar cambios a los planes que ofrecemos. Eso significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Blue Best Life Plus después del 31 de diciembre de 2024. También podemos dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar cada año el plan Blue Best Life Plus. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Usted tenga la Parte A y la Parte B de Medicare
- – y – vive dentro del área de servicio geográfica (la sección 2.2 más adelante describe nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran como viviendo en el área geográfica de servicio aun si están físicamente.
- – y – es ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio de Blue Best Life Plus

Blue Best Life Plus está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Arizona: Condados de Maricopa y Pinal

Si tiene planificado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se traslade, tendrá un Periodo de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Usted puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, sección 5.

Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o con presencia legal en los Estados Unidos

El miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid)

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

le avisará a Blue Best Life Plus si usted no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. Blue Best Life Plus debe darle de baja si no cumple ese requisito.

SECCIÓN 3 Material importante de la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. Usted además debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un ejemplo de muestra de una tarjeta de miembro para mostrarle cómo se verá la suya:



NO use su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Blue Best Life Plus, es posible que usted tenga que pagar todo el costo de los servicios médicos. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios de hospital, servicios de centro de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica de Medicare, también conocidos como ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía al plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para miembros y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores/farmacias

En el *Directorio de proveedores/farmacias* está la lista de proveedores, proveedores de equipo médico duradero y farmacias de nuestra red.

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Debe usar proveedores dentro de la red para obtener atención médica y servicios. Si se va a otro lugar sin la autorización apropiada, tendrá que pagarlo todo. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesarios de urgencia cuando la red no está disponible (eso es, en situaciones en las que no sea razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Blue Best Life Plus autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir medicamentos con receta a los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de proveedores/de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que quiera usar. Vea el Capítulo 5, sección 2.5, para obtener información de cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene su copia del Directorio de proveedores/farmacias, puede solicitar una copia (en forma electrónica o impresa) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de directorios de proveedores impresos se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en azblue.com/MAPDDocs. Tanto Servicios para Miembros como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre cambios en los proveedores y farmacias de nuestra red.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Especifica cuáles medicamentos con receta médica de la Parte D están cubiertos por los beneficios de la Parte D incluidos en Blue Best Life Plus. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la “lista de medicamentos” de Blue Best Life Plus.

La Lista de medicamentos también le indica si existen normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada de los medicamentos cubiertos puede visitar el sitio web del plan (azblue.com/MAPDDocs) o llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Blue Best Life Plus

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (sección 4.3)
- Cantidad ajustada mensualmente relacionada con ingresos (sección 4.4)

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser menor

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

El programa “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. En la sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre este programa. Si usted califica, al inscribirse en el programa puede disminuir su prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de este programa, **es posible que la información sobre las primas en esta Evidencia de cobertura no se aplique a su caso**. Le enviamos un documento separado, llamado Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos con receta médica (también conocido como Anexo de Subsidio por bajos ingresos o Anexo LIS), que le indica sobre su cobertura de medicamentos. Si no recibió este documento, llame a Servicios para Miembros y pida la Cláusula adicional de LIS.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para las personas que tienen diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual Medicare y usted 2024, en la sección llamada Costos de Medicare. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O, puede ordenar una copia impresa por teléfono 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.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, paga una prima mensual de plan. La prima mensual por Blue Best Life Plus es \$45 para el año 2024.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima por la Parte B. También puede incluir una prima por la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros están obligados a pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que haya finalizado su período de inscripción inicial hay un período de 63 días consecutivos o más en el que no tuvo la Parte D ni otra cobertura válida de medicamentos con receta. Una “cobertura válida de medicamentos con receta médica” es una cobertura que cumpla con los estándares mínimos de Medicare pues se espera que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura de medicamentos con receta médica acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

La multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Blue Best Life Plus, le decimos la cantidad de la multa. Si no paga la multa de inscripción tardía en la Parte D, puede perder sus beneficios de medicamentos con receta.

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- Usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Si estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura válida.
- Usted ha tenido cobertura válida de medicamentos mediante otra fuente como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de los Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura aceptable. Esta información puede enviársele en una carta o incluirse en un boletín del plan. Guarde esta información ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe decir que tenía cobertura válida de medicamentos con receta que se esperaba que pagara tanto como paga el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas aceptables de medicamentos con receta médica: tarjetas de descuento de medicamentos con receta médica, clínicas gratuitas y sitios web de descuento por medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Así es como funciona:

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta después de que fuera elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contratará el número de meses completos que usted no tenía cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será de 14%.
- Luego Medicare determina la cantidad de la prima promedio mensual de los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para 2024, el monto promedio de la prima es de \$34.70.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 céntimos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14% por \$34.70, lo que equivale a \$4.86. Esto se redondea a \$4.90. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual para una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes para tomar en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa podría cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **continuará con el pago de una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si se cambia de plan.
- Tercero, si usted es menor de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65. Después

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su período inicial de inscripción por envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión. Generalmente, usted debe solicitar esta revisión **en un término de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió, en la cual se indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse al plan, podría no tener otra posibilidad de pedir una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D mientras espera la revisión de la decisión sobre la multa. Si lo hace, podría ser dado de baja del plan por no pagar las primas de su plan.

Sección 4.4 Cantidad ajustada mensualmente relacionada con ingresos

Es posible que algunos miembros tengan que pagar un cargo más, que se conoce como la Cantidad del ajuste mensual relacionado con ingresos para la Parte D, también conocida como IRMAA. El cargo adicional se calcula usando sus ingresos brutos ajustados modificados como los reportó en sus declaraciones de impuestos de IRS de hace dos años. Si esta cantidad es superior a cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que debe pagar basándose en sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si usted tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta informándole cuánto será la cantidad adicional. La cantidad adicional será retenida de su Seguro Social, Junta de Retiro Ferroviario, o la Oficina de Administración de Personal, no importa lo que se suele pagar la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No puede ser pagada con su prima mensual del plan. Si no paga la cantidad adicional, se le cancelará la inscripción del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para conocer más sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Hay varias maneras de pagar su prima del plan

Existen cuatro maneras en las que puede pagar la prima de su plan.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Opción 1: Pagar con cheque

- Le enviaremos cada mes el estado de cuenta de pagos, a menos que se haya prepagado la la prima del plan.
- Los pagos se deben hacer el primer día del mes.
- Puede pagar su monthly \$45, quarterly \$135, semi-annually \$270 or annually \$540 con cheque o con orden de pago. **Incluya el estado de cuenta de pagos.**
- Envíelo a: Blue Cross Blue Shield of Arizona
P.O. Box 844855
Los Angeles, CA 90084-4855
- Para asegurarse de que se acredite correctamente en su cuenta, escriba en el pago su número de identificación de membresía del plan de AZ Blue.
- Asegúrese de hacer el cheque a nombre de **Blue Cross Blue Shield of Arizona (AZ Blue)** y no de **CMS** o **HHS**.
- Usted será responsable de pagar los cargos del banco por cheques devueltos por fondos insuficientes.

Opción 2: Retiro bancario automático/Automated Clearinghouse (ACH)

- Esta opción conveniente, que ahorra tiempo y no necesita franqueo es el método de pago preferido para asegurar el pago continuo y rápido de la la prima del plan.
- Si elige ACH, el pago de la la prima del plan se deducirá de su cuenta bancaria el día 5 de cada mes (o el siguiente día laborable).
- Para establecer una cuenta ACH, complete el Formulario de ACH. Asegúrese de firmar el formulario y entregarlo junto con un cheque de su cuenta anulado (incluya el número de membresía en el formulario). Si no tiene un Formulario de ACH, puede pedirlo llamando a Servicios para Miembros.
- Envíelo a: Blue Cross Blue Shield of Arizona
P.O. Box 29234
Phoenix, AZ 85038

Opción 3: Tarjeta de crédito principal

- Aceptamos las tarjetas Visa, MasterCard, American Express y Discover Card.
- Puede hacer los pagos con tarjeta de crédito completando la sección de información de la tarjeta de crédito que está en el estado de cuenta mensual y enviándola por correo a Blue Cross Blue Shield of Arizona. Asegúrese de indicar la cantidad del pago (ver abajo).
- También puede hacer el pago con tarjeta de crédito llamando a Servicios para Miembros.
- El pago puede ser monthly \$45, quarterly \$135, semi-annually \$270 or annually \$540.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Opción 4: Que la prima del plan su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la manera como paga la prima. Si decide cambiar la manera de pagar su prima, puede tomar hasta tres meses para que se implemente el nuevo método de pago. Mientras procesamos su solicitud de nuevo método de pago, es responsable de asegurarse de que su prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago llame a Servicios para Miembros.

Qué hacer si tiene problemas para pagar su la prima del plan

Debemos recibir la la prima del plan en nuestras oficinas el primer día del mes. Si no hemos recibido su pago el día 15th del mes, le enviaremos un aviso diciéndole que su membresía del plan terminará si no recibimos su multa, si se adeuda, en un plazo de 90 días. Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, debe pagar la la prima del plan para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar su la prima del plan, si la adeuda, a tiempo, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos ayudarlo con sus.

Si cancelamos su membresía porque usted no pagó su la prima del plan, si se adeuda, usted tendrá cobertura médica según Medicare Original. Además, no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el siguiente año si se inscribe en un nuevo plan durante el período anual de inscripción. (Si permanece sin cobertura válida por más de 63 días, es posible que tenga que pagar una la prima del plan durante el tiempo que usted tiene cobertura de la Parte D.)

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que usted siga debiéndonos dinero por la la prima del plan que no ha pagado. Tenemos el derecho de iniciar procedimientos para el cobro de la cantidad que nos debe. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan ofrecido por nosotros) deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si cree que terminamos injustamente su membresía, puede presentar una queja (también llamada queja formal); vea en el Capítulo 9 cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia fuera de su control y eso hizo que no pudiera pagar su la prima del plan, si se adeuda, en nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para las quejas, revisaremos de nuevo nuestra decisión. El Capítulo 9, sección 10 de este documento le dice cómo presentar una queja o puede llamarnos al **480-937-0409** (en Arizona) o sin costo al **1-800-446-8331** entre las 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Debe presentar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que se cancele su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima del plan mensual cambia para el siguiente año, le indicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si usted adquiere elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” a lo largo del año: Si un miembro califica

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus costos de medicamentos con receta médica, el programa “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año, deberá empezar a pagar su prima mensual completa. Usted puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. El mismo muestra su cobertura específica del plan, incluido su Proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red del plan necesitan tener la información correcta de su persona. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costos compartidos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información al día.

Háganos saber de estos cambios:

- Cambios a su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (tal como de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación de trabajadores, o Medicaid)
- Si tiene alguna reclamación por responsabilidad civil, como los reclamos por un accidente automovilístico
- Si le ingresaron en un hogar de ancianos
- Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si la parte responsable que designó (como un encargado del cuidado) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar al plan de los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo animamos a que lo haga)

Si cambia esta información, avísenos llamando a Servicios para Miembros.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Usted puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, sección 5.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare requiere que recolectemos información suya acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que posea con sus beneficios dentro de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta donde se enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que estemos enterados. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no en la lista, llame a Servicios para Miembros. Es posible que tenga que proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (cuando haya confirmado la identidad de estos) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura médica colectiva del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro pagan primero. Al seguro que paga primero se le llama el pagador primario y paga hasta los límites de la cobertura de ese seguro. El que paga segundo, llamado el pagador secundario, solo paga si hay costos que la cobertura primaria dejó sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si usted no tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas aplican para la cobertura de un plan de salud colectivo de sindicato o de empleador:

- Si usted cuenta con cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan de salud colectivo está basada en su empleo actual o en el de un familiar, quién sea el pagador primario dependerá de su edad, de la cantidad de personas empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, por una discapacidad o porque tiene una enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho todavía están trabajando, el plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por una ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que adquiere elegibilidad para Medicare.

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro independiente de culpabilidad (incluido seguro de automóvil)

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Responsabilidad civil (incluido seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación a los trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que Medicare, los planes de salud colectivos del empleador o Medigap, hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Teléfonos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Información de contacto de Blue Best Life Plus (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios para Miembros)

Cómo comunicarse con Servicios para miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con preguntas de reclamos, facturación o tarjetas del miembro, llame o escriba a Servicios para miembros de Blue Best Life Plus. Será un gusto ayudarle.

Método	Información de contacto del Servicio para Miembros
LLAME	480-937-0409 (en Arizona) o 1-800-446-8331 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.. Servicios para miembros tiene también servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	Servicio de retransmisión: 711 en todo el país Las llamadas a este número son gratuitas. Horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo..
FAX	602-544-5662
ESCRIBA A	Blue Cross Blue Shield of Arizona P.O. Box 29234 Phoenix, AZ 85038 Correo electrónico: ContactAdvantage@azblue.com
SITIO WEB	azblue.com/medicare

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura o apelación relacionada con su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o con la cantidad que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones por atención médica o medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME	<p>480-937-0409 (en Arizona)</p> <p>o</p> <p>1-800-446-8331</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo..</p>
TTY	<p>Servicio de retransmisión: 711 en todo el país</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo..</p>
FAX	<p>602-544-5662 (para solicitar decisiones de cobertura estándar y apelaciones)</p> <p>602-544-5655 (para solicitar decisiones de cobertura y apelaciones “rápidas” (expeditas))</p>
ESCRIBA A	<p>Blue Cross Blue Shield of Arizona P.O. Box 29234 Phoenix, AZ 85038</p> <p>Correo electrónico: ContactAdvantage@azblue.com</p>
SITIO WEB	azblue.com/medicare

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluyendo respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago. Si desea más información sobre cómo presentar un reclamo relacionado con su atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Quejas sobre atención médica - Información de contacto
LLAME	<p>480-937-0409 (en Arizona)</p> <p>o</p> <p>1-800-446-8331</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo..</p>
TTY	<p>Servicio de retransmisión: 711 en todo el país</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo..</p>
FAX	<p>602-544-5662 (para quejas estándar)</p> <p>602-544-5655 (para quejas rápidas)</p>
ESCRIBA A	<p>Blue Cross Blue Shield of Arizona Advantage P.O. Box 29234 Phoenix, AZ 85038</p> <p>Correo electrónico: ContactAdvantage@azblue.com</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre Blue Best Life Plus directamente a Medicare. Para poner una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes**A dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que haya recibido**

Si recibió una factura o pagó servicios (como la factura de un proveedor) que cree que no debería pagar, debe pedirnos el reembolso o pagar la factura del proveedor. Vea el Capítulo 7. (Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos).

Tenga en cuenta: Si nos envía una solicitud de pago y denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) para más información.

Método	Solicitud de pago: información de contacto
Solicitudes de pago por atención médica	
LLAME	<p>480-937-0409 (en Arizona)</p> <p>o</p> <p>1-800-446-8331</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo..</p>
TTY	<p>Servicio de retransmisión: 711 en todo el país</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo..</p>
FAX	602-544-5662
ESCRIBA A	<p>Blue Cross Blue Shield of Arizona P.O. Box 29234 Phoenix, AZ 85038</p> <p>Correo electrónico: ContactAdvantage@azblue.com</p>
SITIO WEB	azblue.com/medicare
Solicitudes de pago por medicamentos con receta de la Parte D	
FAX	1-858-549-1569
ESCRIBA A	<p>Optum Rx PO Box 42000 Hazelwood, MO 63042</p>
SITIO WEB	azblue.com/medicare

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

SECCIÓN 2 Medicare

(cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

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

La agencia federal a cargo de Medicare es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamada CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, entre las que estamos incluidos nosotros.

Método	Medicare - Información de contacto
LLAME	Llame al 1-800-MEDICARE o 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 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, hogares de ancianos, médicos, organizaciones de atención médica y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad para Medicare): Proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare. • Medicare Plan Finder (Buscador de planes Medicare): Provee información individualizada acerca de planes de medicamentos con receta médica de Medicare, y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proveen una <i>estimación</i> de lo que pueden ser sus costos de bolsillo en distintos planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare de cualquier queja que tenga sobre Blue Best Life Plus:</p>

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Método	Medicare - Información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Blue Best Life Plus directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, diríjase a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, es probable que encuentre ayuda en su biblioteca local o centro para el adulto mayor para visitar este sitio web por medio de su computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program - SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico de Arizona.

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico de Arizona es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan médico) que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría gratis sobre seguros médicos locales a las personas con Medicare.

Los consejeros del Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico de Arizona pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros del Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico de Arizona también pueden ayudarlo con preguntas o problemas de Medicare y ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cambios de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en "LOCALIZADOR DE ENVÍOS" en el medio de la página)
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Método	Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico de Arizona – Información de contacto
LLAME	602-542-4446 o 1-800-432-4040
TTY	Servicio de retransmisión: 711 en todo el país
ESCRIBA A	DES Division of Aging and Adult Services Arizona State Health Insurance Assistance Program 1789 W. Jefferson Street, #950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Existe una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Arizona, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Comuníquese con Livanta en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención médica que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su estancia en el hospital termina demasiado pronto.
- Si piensa que la cobertura de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, del centro de enfermería especializada o del Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) están terminando antes de tiempo.

Método	Livanta (Organización para la mejora de la calidad de Arizona) – Información de contacto
LLAME	1-877-588-1123 El horario es de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local); fines de semana/feriados, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. (hora local); servicio de correo de voz disponible las 24 horas del día.
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Método	Livanta (Organización para la mejora de la calidad de Arizona) – Información de contacto
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste. 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos americanos y residentes permanentes legales que tienen 65 años de edad o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal de etapa final y reúnen ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar inscribirse en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina más cercana del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen un mayor ingreso. Si recibe una carta del Seguro Social en donde se le indica que tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambia la vida, puede llamar al Seguro Social para pedir una reconsideración.

Si se muda o cambia su domicilio postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para informarles.

Método	Seguro Social - Información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes**SECCIÓN 6 Medicaid**

Medicaid es un programa gubernamental conjunto Federal y estatal que ayuda con costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare son también elegibles para Medicaid.

Los programas que se ofrecen por medio de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos Programas de ahorros de Medicare incluyen:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos (por ejemplo, deducibles, coseguro y copagos) de la Parte A y la Parte B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+).)
- **Beneficiario de Medicare con bajo ingreso especificado (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+).)
- **Persona que califica (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Elegibles Incapacitadas y que Trabajan (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información de Medicaid y sus programas comuníquese con Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS).

Método	Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Información de contacto
LLAME	1-855-432-7587 Se responden llamadas de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	Relay Service – 1-800-842-6520 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.
ESCRIBA A	801 E. Jefferson Street Phoenix, AZ 85034
SITIO WEB	https://www.azahcccs.gov

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos con receta médica

En el sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) obtiene información de cómo puede disminuir sus costos de medicamentos con receta. Para personas con ingresos limitados, también hay otros programas de asistencia, descritos abajo.

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare proporciona “Ayuda adicional” a las personas con ingresos y recursos limitados para pagar los costos de medicamentos con receta médica. Los recursos incluyen sus ahorros y sus acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si califica, obtiene ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos con receta médica de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Si usted califica automáticamente para recibir la “Ayuda adicional” de Medicare, le enviaremos por correo una carta. Usted no tendrá que solicitarla. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, primas y costos. Para saber si califica para obtener “Ayuda adicional”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, en horario de 8 a. m. o 7 p. m., de lunes a viernes. Usuarios de TTY deben llamar a al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes) (Consulte la sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que usted calificó para obtener “Ayuda adicional” y que está pagando una cantidad de costos compartidos incorrecta cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite ya sea solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o entregarnos la evidencia si ya la tiene.

- Si no tiene documentación, pero tiene razones para creer que puede calificar para “Ayuda adicional”, debe comunicarse con la Administración del Seguro Social (SSA) llamando al 1-800-772-1213 y ellos podrán ayudarlo.
- Si no tiene documentación del estado de Arizona o de la Administración del Seguro Social (SSA) que muestre la fecha de vigencia y el nivel de “Ayuda adicional” para el que calificó, enviar una copia a Blue Cross Blue Shield of Arizona a P.O. Box 29234, Phoenix, AZ 85038, o enviarnos un fax al 602-544-5638 (Attn: Inscripción).

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

- Cuando recibimos la evidencia que demuestra su nivel de copago, actualizamos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando surta su siguiente receta médica en la farmacia. Si paga más que el monto de su copago, le haremos un reembolso. Podemos enviarle un cheque por el monto que pagó de más o podemos compensarle copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado los copagos y estos copagos representan un pago que usted debe a la farmacia, nosotros podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó por usted, podemos pagar directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

¿Qué ocurre si usted tiene cobertura a través de un Programa de asistencia para recetas médicas para el SIDA (ADAP)?**¿Qué es el Programa de asistencia para los medicamentos del SIDA (ADAP)?**

El Programa de Asistencia para los medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos vitales para el VIH. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para asistencia de costos compartidos con receta mediante ADAP. Para obtener más información del programa ADAP Assist de Arizona, llame al Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) al 1-800-334-1540 o al 602-364-3610, o visite el sitio web en www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/disease-integration-services/index.php#aids-drug-assistance-program-home.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opere en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, los cuales incluyen un comprobante de residencia en el Estado y de su condición de VIH, bajos ingresos según lo define el Estado, y su condición como no asegurado o con un seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifíquelo al trabajador local de inscripción en el ADAP para que pueda continuar recibiendo la asistencia. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-334-1540 o 602-364-3610.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que les haga saber si se cambia de domicilio o cambia su domicilio postal. Si tiene preguntas relacionadas con sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios - Información de contacto
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de 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. Si presiona “1”, puede tener acceso a la Línea de Ayuda automatizada de RRB e información grabada durante las 24 horas, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene usted un seguro colectivo u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del sindicato/empleador o a Servicios para miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge o pareja de hecho). (Los teléfonos de Servicios para Miembros están impresos en la contracubierta de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare dentro de este plan.

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos con receta médica a través de su (o de su cónyuge o pareja de hecho) empleador, o grupo de jubilados, comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta médica con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

*Cómo usar el plan para sus
servicios médicos*

SECCIÓN 1 Qué debe saber sobre cómo obtener la atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica cosas que debe conocer acerca de cómo usar el plan para cubrir su atención médica. Incluye definiciones de términos y explica las normas que deberá seguir para recibir servicios, tratamientos médicos y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para ver información acerca de la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe este cuidado, utilice el cuadro de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que paga usted)*).

Sección 1.1 ¿Qué son los proveedores de la red y servicios cubiertos?

- **Proveedores** son médicos y otros profesionales de atención médica certificados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores den servicios a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **Servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros, equipo y medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4. En el Capítulo 5 se discuten los servicios cubiertos de medicamentos con receta.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan

Como plan médico de Medicare, Blue Best Life Plus debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y seguir las reglas de cobertura de Medicare Original.

Blue Best Life Plus generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que reciba está incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que está dando y supervisando su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de red (para obtener más información acerca de esto, consulte la sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de situaciones, su PCP de la red debe darle una aprobación por anticipado de parte antes de que usted pueda usar otros proveedores de la red del plan como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar. A esto se le llama darle una remisión. Si desea más información sobre el tema, consulte la sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener una aprobación por anticipado de su PCP (para obtener más información sobre el tema, consulte la sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre el tema, consulte la sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado que recibe de un proveedor de fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor el costo total de los servicios prestados. *Hay tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios necesarios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios necesarios de emergencia o de urgencia, consulte la sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no tenemos especialistas en nuestra red que den esa atención, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que pagaría normalmente dentro de la red. **Usted, o su PCP, debe obtener la autorización del plan antes de buscar la atención médica.** En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de red. Para obtener información acerca de recibir aprobación para ver a un médico de fuera de la red, consulte la sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o accesible temporalmente. El costo compartido que paga el plan por la diálisis no puede superar nunca el costo compartido en Medicare Original. Si usted está fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no está en la red del plan, su costo compartido no puede exceder del costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor que no está en la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Cómo usar a los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica
--

¿Qué es un PCP y qué hace un PCP por usted?

Cuando es miembro de nuestro plan, usted debe elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un médico que cumple con determinados requisitos estatales y tiene la formación necesaria para brindar atención médica básica. El PCP puede ser un proveedor general o de familia, o un proveedor especializado en medicina geriátrica o interna. Consulte la lista de los PCP en el *Directorio de proveedores/de farmacias* de 2024.

El PCP prestará atención básica, de rutina y preventiva y coordinará los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. La coordinación de los servicios incluye verificar la atención que recibe y cómo evoluciona, o consultar con otros proveedores del plan sobre esto. Si necesita ciertos tipos de suministros o servicios cubiertos, debe obtener aprobación de su PCP por adelantado (como remitirlo a un especialista). En algunos casos, su PCP necesitará autorización previa (aprobación previa) de parte nuestra. Su PCP proporcionará y coordinará su atención médica; usted debe encargarse de que le envíen todo su expediente médico anterior al consultorio de su PCP.

Además de proporcionarle gran parte de la atención que usted recibe, su PCP arreglará o coordinará el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- Rayos X
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos que son especialistas
- Hospitalizaciones
- Atención de seguimiento

¿Cómo elige a su PCP?

Cuando se inscribe, debe elegir un PCP del *Directorio de proveedores/de farmacias*. Le pediremos que ponga el nombre del PCP que eligió en el formulario de inscripción. Si elige un PCP que no está aceptando nuevos miembros o si el PCP ya no tiene contrato con AZ Blue, le asignaremos a otro PCP y le enviaremos una nueva tarjeta de identificación con el nombre del nuevo PCP. Comuníquese con Servicios para Miembros usando el teléfono que está en la contracubierta de este documento y en la parte de atrás de su tarjeta de membresía del plan para cambiar el PCP que tiene asignado.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar a su PCP en cualquier momento, por cualquier razón. Además, también es posible que su PCP se vaya de la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que encontrar otro PCP. Cada PCP puede tener distintos especialistas y hospitales donde prefiere referir a sus pacientes generalmente.

Llame a Servicios para Miembros para cambiar su PCP. Los cambios entran en vigencia el primer día del siguiente mes después de que recibamos su solicitud. **Es importante que nos llame antes de hacer una cita con el nuevo PCP.**

Servicios para miembros:

- Confirmará que el PCP que usted quiere tenga contrato y esté aceptando nuevos pacientes.
- Cambie su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP.
- Enviará la solicitud de una nueva tarjeta de identificación de membresía del plan con el nombre del nuevo PCP. Usted recibirá la nueva tarjeta de identificación de membresía del plan en un plazo de 10 a 14 días laborables.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin una remisión de su PCP?

Puede recibir los servicios que se enumeran a continuación sin necesidad de una aprobación por anticipado de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, lo cual incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (rayos X de los senos), Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, COVID-19, hepatitis B y neumonía siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores que no pertenecen a la red.
- Los servicios necesarios de urgencia son servicios cubiertos que no sean servicios de emergencia, prestados cuando los proveedores dentro de la red no están disponibles o son inaccesibles temporalmente, o cuando el miembro está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de inmediato y deben ser medicamente necesarios.
- Servicios de diálisis que obtiene en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que lo ayudemos a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera del área de servicio).
- Servicios de atención ambulatoria de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias de un proveedor de la red.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos**Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red**

Un especialista es un médico que brinda servicios de cuidado de la salud para una enfermedad o parte específica del cuerpo. Hay muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con condiciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden pacientes con ciertas condiciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

El plan no requiere que usted obtenga una remisión de un PCP para consultar a un especialista o a ciertos proveedores. Tenga en cuenta que algunos proveedores pueden requerir una recomendación o planes de tratamiento de su médico para poder verlo.

Las únicas excepciones son para los servicios descritos en la sección 2.2 de este capítulo. Solo su PCP puede darle remisiones. Si un especialista le pide que consulte a otro especialista, comuníquese con su PCP antes de hacer una cita. En la mayoría de los casos, su PCP tendrá que darle una remisión antes de que vea al otro especialista para que podamos cubrir los servicios que recibe.

Su PCP también es responsable de obtener la autorización previa de nuestro plan antes de recibir ciertos servicios o suministros. Si su PCP no obtiene la autorización previa cuando se necesita, es posible que no cubramos los servicios o suministros que recibe.

Consulte el Capítulo 4, sección 2.1 para obtener más información acerca de los servicios que requieren autorización previa.

Cada PCP puede tener distintos especialistas y hospitales donde prefiere referir a sus pacientes generalmente.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red se retiran de nuestro plan?

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista se retira del plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen abajo:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare requiere que le brindemos a usted acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si se le asigna el proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha visto en los últimos tres meses.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento o las terapias médicamente necesarios que está recibiendo continúen.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos dado un proveedor calificado para sustituir a su proveedor anterior o que no se está administrando apropiadamente su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a QIO, una queja sobre la calidad de la atención al plan o ambas. Vea el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Usted puede recibir atención de emergencia o necesaria de urgencia de proveedores fuera de la red, dentro o fuera del área de servicio, sin necesidad de autorización.

Si tiene ESRD y necesita servicios de diálisis de rutina, puede obtener atención de diálisis en un centro de diálisis certificado por Medicare fuera de la red mientras esté temporalmente fuera del área de servicio.

Puede recibir la atención de rutina de un proveedor fuera de la red cuando está en su área de servicio si se cumple lo siguiente:

- es un servicio médico que Medicare obliga a nuestro plan a cubrir, y
- no hay un proveedor de la red que pueda prestar el mismo servicio.

Se debe obtener autorización previa antes de la atención médica. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de red. La autorización previa se puede obtener de dos maneras:

- Su PCP puede comunicarse con nosotros para pedir la autorización previa por los servicios cubiertos con un proveedor fuera de la red.
- Puede comunicarse con Servicios para Miembros para pedir que tomemos una decisión de cobertura y pueda recibir atención de un proveedor fuera de la red.

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica**¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer si tiene una?**

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente, que tiene conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar que fallezca (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé que no ha nacido), pierda una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o discapacidad grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda tan pronto como le sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener aprobación o un referido previo de su PCP. No es necesario que usted vaya con un médico dentro de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en todo el mundo y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se ha notificado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos darle seguimiento a la atención de emergencia que le brinden. Usted u otra persona deberán llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general en las siguientes 48 horas. Comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **480-937-0409** (en Arizona) o sin costo al **1-800-446-8331**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo..

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones donde llegar a la sala de urgencias de alguna otra manera podría poner su salud en peligro. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brinden atención de emergencia decidirán si usted se encuentra estable y si la situación de emergencia médica ya ha cesado.

Después de que la emergencia ya no existe, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para confirmar que su condición sigue siendo estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si quienes dan la atención de emergencia son proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que sean proveedores de la red los que se encarguen de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría entrar por una emergencia médica – pensando que su salud está en grave peligro – y el médico podría decir que después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta ser que no se

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico dijo que *no* era una emergencia, cubriremos servicios adicionales *únicamente* si los obtiene en una de estas dos formas:

- Usted visita a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- – o – la atención adicional que recibe se considera servicios necesarios de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención urgente (si desea más información, consulte la sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando tiene necesidad urgente de obtener servicios

¿Qué son los servicios necesarios de urgencia?

Un servicio necesario de urgencia es una situación que necesita atención médica inmediata no es de emergencia, pero que no es posible o no es razonable obtener esos servicios de un proveedor dentro de la red dadas las circunstancias. El plan debe cubrir servicios necesarios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios necesarios de urgencia son i) dolor de garganta intenso en el fin de semana, o ii) un episodio imprevisto de una condición conocida cuando usted está fuera del área de servicio temporalmente.

Siempre debe intentar obtener servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios necesarios de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red.

Si necesita una lista de proveedores de la red que ofrecen servicios de atención de urgencia (por ejemplo, centros de atención de urgencia), está disponible en su *Directorio de proveedores/farmacias* y en nuestro sitio web en azblue.com/MAPDDocs. También puede llamar a Servicios para Miembros al teléfono impreso en la contracubierta de este documento y la parte de atrás de su tarjeta de membresía del plan.

Nuestro plan cubre servicios de atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo en las siguientes circunstancias: Si está temporalmente fuera de Estados Unidos, la atención de emergencia, la atención de urgencia o el transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano están cubiertos por nuestro plan en los mismos tipos de situaciones en las que estarían cubiertos si estuviera en Estados Unidos. Consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener más información sobre nuestra cobertura mundial de atención de emergencia y de urgencia.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Visite el sitio web <https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/getting-prescriptions-in-disaster-or-emergency> para obtener más información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de los proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante el desastre, puede surtir sus medicamentos con receta médica en una farmacia que no pertenezca a la red. Consulte el Capítulo 5, sección 2.5, para obtener información adicional.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de sus servicios?

Sección 4.1 Puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos

Si ha pagado más que su parte de gastos compartidos por servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo completo de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total

Blue Best Life Plus cubre todos los servicios médicamente necesarios mencionados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibió servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios fuera de la red y no estaban autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Esos costos no cuentan para el máximo anual de gastos de bolsillo.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio clínico de investigación?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio clínico de investigación?

Un estudio de investigación clínica (llamado también una prueba clínica) es una manera en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Medicare aprueba ciertos estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente piden voluntarios para participar en el estudio.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Cuando Medicare apruebe el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más al respecto y ver si usted cumple los requisitos establecidos por los científicos encargados del estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos y además entienda y acepte en su totalidad lo que involucra su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que está en un ensayo clínico calificado, entonces usted solo es responsable de pagar los costos compartidos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad de costos compartidos de Medicare Original, nosotros le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Sin embargo, debe presentarnos la documentación para que podamos ver cuánto pagó. Cuando participa en un estudio clínico de investigación, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* tiene que decirnos ni obtener nuestra aprobación. *No* es necesario que los proveedores que le brindan la atención como parte del estudio clínico de investigación sean parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en determinaciones de cobertura nacional (NCD) y pruebas de dispositivos de investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesita obtener permiso del plan para participar en un estudio de investigación clínica cubierto para los afiliados de Medicare Advantage por Medicare Original, le recomendamos avisarnos con antelación cuando elija participar en un estudio de investigación clínica calificado por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el mismo.*

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio clínico de investigación, ¿quién paga qué?

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los suministros y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluyendo:

- Alojamiento y comida por una estadía en el hospital que Medicare pagaría aunque usted no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones por la atención nueva.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio, en la forma en que lo haría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, está obligado a presentar la

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

documentación que muestre cuánto pagó de costos compartidos. Vea el Capítulo 7 para obtener más información para presentar las solicitudes de pago.

A continuación, un ejemplo de cómo funciona este costo compartido: Supongamos que parte del estudio de investigación incluye un examen de laboratorio que cuesta \$100. Asumamos también que su parte del costo para este examen es \$20 en Medicare Original, pero el examen sería solo \$10 bajo los beneficios del plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el examen y usted el copago de \$20 necesario según Medicare Original. Luego notificaría al plan que recibió el servicio de un ensayo clínico calificado y presentaría la documentación al plan, como por ejemplo la factura de un proveedor. Entonces el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es \$10, que es la misma cantidad que usted tendría que pagar según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago del plan, debe presentar la documentación al plan, como por ejemplo la factura de un proveedor.

Cuando es parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan paga lo siguiente:**

- Generalmente, Medicare *no* paga por el nuevo artículo o servicio que está probando el estudio a menos que Medicare cubra el artículo o servicio aún si usted *no* estuviera en un estudio.
- Productos o servicios que se proporcionan únicamente para recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no paga para que se realicen tomografías computarizadas mensuales como parte del estudio si su afección médica normalmente solo requiere una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa para la atención de la salud no médica?
--

Una institución religiosa para la atención de la salud no médica es un centro que proporciona atención para una condición que usualmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, en su lugar proporcionaremos cobertura para que reciba atención en una institución religiosa para la atención de la salud no médica. Este beneficio es exclusivo de los servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médica).

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica que preste atención médica

Para obtener atención de una institución religiosa para la atención de la salud no médica debe firmar un documento legal que dice que, de forma consciente, usted se opone a recibir tratamiento médico que es no obligatorio.

- Atención médica o tratamiento médico que no es de excepción es cualquier tipo de atención médica o tratamiento médico que es *voluntario* y que *no requiere* la ley federal, estatal o local.
- Tratamiento médico de excepción es la atención médica o tratamiento médico que recibe que *no* es voluntario o que *lo requiere* la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra la atención que recibe de una institución religiosa para la atención no médica, este cuidado debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que proporcione el cuidado debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de servicios que recibe de nuestro plan está limitada a aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si esta institución le proporciona servicios en un centro, aplican las siguientes condiciones:
 - Debe sufrir de una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - – y – debe obtener la aprobación por anticipado de nuestro plan antes de que lo admitan en el centro o no se cubrirá su estancia.

La cobertura de Medicare para atención de paciente hospitalizado no tiene límite de días adicionales. Los límites de la cobertura de Medicare se aplican a la atención en centro de enfermería especializada. Vea la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para saber lo que está cubierto y lo que usted paga.

SECCIÓN 7 Normas para poseer equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Le pertenecerá a usted el equipo médico duradero después de hacer cierto número de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero incluye artículos como el equipo e insumos de oxígeno, las sillas de ruedas, los andadores, los sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión de línea intravenosa, nebulizadores y las camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, hablamos sobre los otros tipos de equipo médico duradero que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

miembro de Blue Best Life Plus usted generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME sin importar cuántos copagos haya hecho por el artículo mientras era miembro de nuestro plan, aun si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME según Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME a usted. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos de equipo médicos duradero que ha realizado si cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad de los equipos médicos duraderos mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que se cambie a Medicare Original para que sea propietario del artículo. Los pagos hechos mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que hizo en Medicare Original no cuentan.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en el plan. Luego, regresó a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de inscribirse otra vez en Medicare Original para ser propietario del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Blue Best Life Plus cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Suministro del oxígeno y de los contenidos con oxígeno
- Sondas y accesorios relacionados para el oxígeno para el suministro del oxígeno y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si se retira de Blue Best Life Plus o ya no necesita equipo de oxígeno por razones médicas, debe devolver el equipo de oxígeno.

¿Qué sucede si se retira del plan y regresa a Medicare Original?

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses alquilará el equipo. Los siguientes 24 meses el proveedor suministra el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable de hacer el copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede elegir quedarse con la misma compañía o irse con otra. En ese punto, el ciclo de cinco años empieza de nuevo, aun si usted continúa con la

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

misma compañía, y tendrá que pagar los copagos por los primeros 36 meses. Si se inscribe o se sale de nuestro plan, empieza de nuevo el ciclo de cinco años.

CAPÍTULO 4:

*Cuadro de beneficios médicos
(lo que está cubierto y lo que
usted paga)*

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de bolsillo para servicios cubiertos**

Este capítulo incluye un Cuadro de beneficios médicos en el que están sus servicios cubiertos y muestra la cantidad que usted pagará por cada servicio cubierto como miembro de Blue Best Life Plus. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por sus servicios cubiertos

Para entender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, debe conocer sobre los tipos de gastos de bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos.

- **Copago** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos que recibe. El copago se paga en el momento en el que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la sección 2 le proporciona más información acerca de los copagos.)
- **Coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la sección 2 le dice más sobre su coseguro.)

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (QMB) no deberían nunca pagar copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad a Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuánto es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?

Debido a que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, hay un límite en la cantidad total que debe pagar de gastos de bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina la cantidad de máximo de gastos de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024 esta cantidad es \$2,500.

Los montos que paga por copagos y coseguros para servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. (Las cantidades que paga por las primas de su plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para su máximo de gastos de bolsillo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para su cantidad máxima de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si llega a el monto máximo de bolsillo de \$2,500, ya no tendrá que pagar más gastos de bolsillo durante el resto del año por servicios dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima de su plan y la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen por saldos

Como miembro de Blue Best Life Plus, una protección importante que tiene es que solo debe pagar la cantidad de costo compartido que le corresponde cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden añadir cargos adicionales aparte, lo que se llama facturación de saldo. Esta protección se aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona así:

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto recibido de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la cantidad reembolsada por el plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o servicios necesarios de urgencia).
 - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una referencia, o para emergencias o fuera del área de servicio para servicios que se necesitan con urgencia).
- Si cree que un proveedor le facturó saldos, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas describe los servicios que cubre Blue Best Life Plus y lo que usted paga de desembolso directo por cada servicio. La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D está en el Capítulo 5. Los servicios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben proveerse según las directrices de cobertura establecidos por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Sus servicios (incluyendo la atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe su atención médica de un proveedor de red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia o a menos que su plan o un proveedor dentro de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor el costo total de los servicios prestados.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (un PCP) que está dando y monitorizando su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle aprobación previa antes de que pueda usted visitar a otros proveedores de la red del plan. A esto se le llama darle una remisión.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en la tabla de beneficios médicos con dos asteriscos (**).


Otra información importante sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que pagaría en Medicare Original. Para otros, paga *menos*. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2024*. Revíselo por Internet en <https://www.medicare.gov> o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin ningún costo bajo Medicare Original, también cubrimos el servicio sin ningún costo para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o control para alguna enfermedad existente durante la visita en que reciba el servicio preventivo, se aplicará un copago por el tratamiento recibido para la enfermedad existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier nuevo servicio durante 2024, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.



Usted verá esta manzana junto a los servicios de prevención en la tabla de beneficios.



Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
 Chequeo de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido diagnóstico de una sola vez para las personas en riesgo. El plan cubre estas pruebas de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero de práctica avanzada, o especialista en enfermería clínica.	No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
**Acupuntura para el dolor lumbar crónico: cubierto por Medicare Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para beneficiarios de Medicare en estas circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: <ul style="list-style-type: none"> • Con una duración de 12 semanas o más; • no específico, en cuanto a que no tiene una causa sistémica identificable (p. ej., no está asociado con alguna enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con operaciones; y • no está asociado con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones más para los pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o muestra regresión. Requisitos del proveedor: Los médicos, como está definido en la sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley), pueden aplicar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes.	\$30 de copago por visita Debe usar los proveedores participantes de American Specialty Health (ASH). **Puede ser necesaria la autorización previa y es la responsabilidad de su proveedor.




Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Acupuntura para el dolor lumbar crónico: cubierto por Medicare (continuación)</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros de práctica avanzada (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como están identificados en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden aplicar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales correspondientes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un título a nivel de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM), y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que aplica acupuntura debe tener el nivel de supervisión apropiado de un médico, PA o NP/CNS necesario por nuestras reglamentaciones según el Título 42 del CFR, secciones 410.26 y 410.27.</p>	
<p>**Acupuntura: no cubierto por Medicare*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen evaluación y manejo de acupuntura; acupuntura y acupresión; modalidades y procedimientos terapéuticos para el tratamiento del dolor, condiciones musculoesqueléticas y náuseas.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 30 visitas combinadas por año para servicios de acupuntura, quiropráctica y masajes terapéuticos no cubiertos por Medicare.*</p> <p><i>*Tenga en cuenta que estos servicios no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo.</i></p>	<p>\$15 de copago por visita.</p> <p>Debe usar los proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).</p> <p>**Puede ser necesaria la autorización previa y es la responsabilidad de su proveedor.</p>



Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre, de ala fija y de ala giratoria, hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención solo si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>\$275 de copago por transporte en ambulancia terrestre cubierto por Medicare (cada traslado).</p> <p>20% de coseguro por transporte en ambulancia de ala fija, helicóptero o barco ambulancia (cada traslado).</p> <p>**Se necesita autorización previa para el transporte que no sea emergencia.</p>
<p> Examen físico anual</p> <p>Nuestro plan cubre un examen por año calendario. Durante el examen físico anual, el PCP revisará su cuerpo para determinar si tiene o no un problema físico. El examen habitualmente incluye pruebas como revisar los signos vitales; medida de estatura, peso y presión arterial, y revisar el cuerpo.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por un examen físico anual.</p>
<p> Chequeo Anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido Parte B más de 12 meses, puede tener una visita anual de revisión médica para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Este chequeo está cubierto una vez cada año calendario.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede llevar a cabo en un período de 12 meses a partir de su visita preventiva Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de Bienvenido a Medicare para estar cubierto para las visitas anuales de revisión médica después de haber tenido Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual cubierta por Medicare.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p> Chequeo de la masa ósea</p> <p>Para las personas que cumplan con los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detección de la pérdida de masa ósea o determinación de la calidad ósea, incluida una interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos del seno una vez cada 24 meses 	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para la mamografía de detección cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoría están cubiertos para los miembros que cumplan con ciertas condiciones con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$20 de copago por visita por servicios de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p>
<p> Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos 1 visita al año con su médico de cuidado primario para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, puede que su médico hable del uso de aspirina (si es apropiado), le tome la presión arterial, y le dé sugerencias para asegurarse de que coma de manera saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia conductual intensiva para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
 Chequeo de la enfermedad cardiovascular Los exámenes de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de enfermedad cardiovascular que está cubierta una vez cada 5 años.
 Chequeo del cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: examen de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si está en alto riesgo de tener cáncer del cuello uterino o está en edad de concebir y tuvo una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos cubiertos por Medicare de Papanicolaou y pélvicos.
**Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación. 	\$20 de copago por visita para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. Debe usar los proveedores participantes de American Specialty Health (ASH). **Puede ser necesaria la autorización previa y es la responsabilidad de su proveedor.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Servicios quiroprácticos: no cubiertos por Medicare*</p> <p>Nuestro plan incluye más cobertura para evaluación y manejo, radiografías, terapia de manipulación, modalidades y procedimientos terapéuticos y rehabilitación física para condiciones musculoesqueléticas de la columna vertebral y las extremidades con opciones de tratamiento en la clínica.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 30 visitas combinadas por año para servicios de acupuntura, quiropráctica y masajes terapéuticos no cubiertos por Medicare.*</p> <p><i>*Tenga en cuenta que estos servicios no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo.</i></p>	<p>\$15 de copago por visita.</p> <p>Debe usar los proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).</p> <p>**Puede ser necesaria la autorización previa y es la responsabilidad de su proveedor.</p>
<p> Chequeo del cáncer colorrectal</p> <p>Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses. meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excepto los enemas de bario, para los cuales se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico. En un entorno ambulatorio del hospital, también le paga al hospital una \$250 de copago. El deducible de la Parte B no se aplica.</p> <p>\$0 de copago por prueba de detección con enema de bario.</p> <p>Copago de \$0 por colonoscopia de diagnóstico.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p> Chequeo del cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • DNA en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal basada en heces no invasiva cubierta por Medicare arroja un resultado positivo.</p> <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen colorrectal basado en DNA cada 3 años</p> <p>Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección • Prueba de DNA en heces de objetivos múltiples (Cologuard™): esta prueba está 	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>cubierta una vez cada 3 años para personas que cumplen con todas estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ellos tienen entre 50-85 años de edad• No muestran signos ni síntomas de enfermedad colorrectal, incluidos, entre otros, dolor gastrointestinal inferior, sangre en las heces, prueba de sangre oculta en heces de guayaco positiva (gFOBT) o prueba inmunoquímica fecal (FIT).• Tienen un riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal, lo que significa:<ul style="list-style-type: none">○ No tienen antecedentes personales de pólipos adenomatosos, cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal, incluida la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.○ No tienen antecedentes familiares de cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar o cáncer colorrectal hereditario sin poliposis.	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por el Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales que preceden al trasplante de riñón. Además, cubrimos: La cobertura dental de Medicare se limita a los servicios dentales que son parte integral de un procedimiento cubierto por Medicare (por ejemplo, extracciones dentales como parte de la reconstrucción de la mandíbula después de una lesión accidental); extracciones en preparación para tratamientos de radiación para enfermedades neoplásicas que afectan a la mandíbula; y, bajo ciertas circunstancias, exámenes orales, pero no tratamiento, antes de un trasplante de riñón o reemplazo de válvula cardíaca.</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios dentales integrales y preventivos no cubiertos por Medicare* cuando los servicios son prestados por un proveedor dental participante:</p>	<p>20% de coseguro por servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.</p> <p>\$10 de copago por visita en el consultorio para todos los servicios no cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio preventivo</p>
<p>Servicios de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 exámenes bucales por año calendario • 2 limpiezas por año calendario • 2 radiografías de aleta de mordida por año calendario • 1 tratamiento tópico con flúor por año calendario 	<p>50% de coseguro por cada servicio básico</p>
<p>Servicios básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empastes • Tratamiento de emergencia para el dolor dental • Extracciones simples 	



Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p data-bbox="196 296 675 327">Servicios dentales (continuación)</p> <p data-bbox="196 344 505 375">Servicios principales</p> <ul data-bbox="256 436 841 562" style="list-style-type: none"><li data-bbox="256 436 704 468">• Puentes y dentaduras postizas<li data-bbox="256 480 841 512">• Coronas, incrustaciones y recubrimientos<li data-bbox="256 525 431 556">• Implantes <p data-bbox="196 573 841 674">Los puentes, dentaduras postizas, coronas, incrustaciones, recubrimientos y implantes están sujetos a un límite de reemplazo de 7 años.</p> <p data-bbox="196 726 829 827">Hay un límite de beneficio de \$3,000 por año calendario para todos los servicios dentales no cubiertos por Medicare.</p>	<p data-bbox="964 363 1317 428">50% de coseguro por cada servicio principal</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>La atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios se limita a la atención de emergencia y de urgencia.</p> <p>Podemos revisar las solicitudes de pago para asegurarnos de que la atención y los servicios fueran necesarios y se brindaran de acuerdo con la práctica dental generalmente aceptada. La revisión clínica se realiza cuando recibimos un reclamo por el pago de servicios que ya han sido brindados. Puede obtener una copia de nuestras Pautas de revisión de utilización a través de nuestro sitio web o llamando a Servicios para Miembros.</p> <p>Se considera Gasto Elegible incurrido en las siguientes fechas: a) Dentaduras Postizas - en la fecha en que se toma la impresión final. b) Puentes fijos, coronas, inlays y onlays - en la fecha de preparación inicial de los dientes. c) Terapia de conducto: en la fecha de apertura de la cámara pulpar. d) Cirugía periodontal: en la fecha en que se realiza la cirugía. e) Todos los demás servicios - en la fecha en que se realiza el servicio.</p> <p>Si: 1) El plan determina que se puede realizar un procedimiento, servicio o curso de tratamiento alternativo menos costoso en lugar del tratamiento propuesto para corregir una afección dental; y 2) el tratamiento alternativo producirá un resultado profesionalmente satisfactorio; entonces el máximo que permitirá el Plan será el cargo por el tratamiento menos costoso.</p> <p>Si su dentista ha recomendado servicios y le preocupa la cobertura o los costos, su dentista puede solicitarle a AZ Blue un cálculo previo al tratamiento, llamado "predeterminación".</p> <p>AZ Blue revisará el tratamiento propuesto por su dentista y le enviará información explicando qué servicios estarán cubiertos y sus costos de bolsillo estimados para estos servicios. Una predeterminación puede ayudarle a comprender mejor qué se cubrirá y el monto que deberá pagar.</p> <p>(Vea el Directorio dental 2023 para la lista de dentistas participantes):</p> <p><i>*Tenga en cuenta que estos servicios no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo.</i></p>	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p> Chequeo de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La prueba de detección se debe hacer cabo en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento y remisiones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de la depresión.</p>
<p> Chequeo de la diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluso las pruebas de glucosa en plasma en ayuno) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede que sea elegible para hasta dos exámenes preventivos de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p> Servicios y suministros para capacitación de la autogestión de la diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (tanto los que utilizan insulina como los que no la utilizan). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para supervisar la glucosa en sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida cada año calendario (incluso los accesorios que se proporcionan con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (adicionales a las plantillas extraíbles estándar que se proporcionan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. 	<p>\$0 de copago por los suministros para diabéticos, de un fabricante preferido (Lifescan and Roche), para controlar su glucosa en la sangre.</p> <p>Los dispositivos para el control continuo de la glucosa en la sangre están cubiertos con el 20% de coseguro.</p> <p>20% de coseguro por suministros de fabricante no preferido para controlar su glucosa en la sangre.</p> <p>20% de coseguro por plantillas y zapatos terapéuticos para personas con diabetes que tienen enfermedades de pie diabético.</p> <p>No hay coseguro ni copago por la capacitación para el control de su propia diabetes.</p> <p>Se puede aplicar un copago por consultorio del médico si se prestan otros servicios en el momento de la consulta.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para la definición de equipo médico duradero, vea el Capítulo 12 y el Capítulo 3, sección 7, de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, no limitados a: sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para diabéticos, camas de hospital que ordene un proveedor para el uso en casa, bombas de infusión de línea intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el equipo médico duradero necesario médicamente cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no utiliza una marca o fabricante específico, puede pedirles si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en azblue.com/medicare.</p>	<p>20% de coseguro por equipo médico duradero y suministros relacionados.</p> <p>**Para ciertos equipos y suministros se necesita obtener autorización previa. Los proveedores de la red tienen una lista de esos artículos y pedirán la aprobación por usted.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son dados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente que tiene un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar que fallezca (y, si está embarazada, pérdida del bebé no nacido), pierda una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por servicios necesarios de emergencia proporcionados fuera de la red es el mismo para esos servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia y los servicios necesarios de urgencia están cubiertos en todo el mundo.</p>	<p>\$125 de copago por atención médica de emergencia.</p> <p>No se cobra el copago si lo ingresan en el hospital el mismo día por la misma condición.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para paciente hospitalizado después de que se haya estabilizado la condición de emergencia, debe recibir la atención de paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>Atención de emergencia: en todo el mundo</p> <p>Cubrimos la atención de emergencia, incluyendo el transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano, que necesite mientras viaja fuera de Estados Unidos y sus territorios. (La cobertura en el extranjero puede ser diferente, así que antes de viajar, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información de la cobertura). No hay restricciones de red según este beneficio y no necesita autorización previa de su plan o médico antes de recibir atención. En casos de emergencia, siempre debe acudir directamente al centro de tratamiento médico más cercano.</p> <p>Si necesita ayuda para buscar un hospital u otro centro de tratamiento médico cuando necesite atención de emergencia fuera de Estados Unidos, el programa Blue Cross Blue Shield Global® Core da acceso de emergencia a hospitales y otros proveedores en todo el mundo.</p> <p>Servicios para Miembros, en conjunto con un profesional médico, coordinará el hospital u otros servicios para tratar su emergencia médica. También puede visitar www.bcbsglobalcore.com para buscar un hospital u otro proveedor.</p> <p>En la mayoría de los casos, si usa el programa Global Core para coordinar la atención en el hospital necesaria, no debería tener que pagar por adelantado la atención en el hospital, excepto los gastos de bolsillo que normalmente paga (por ejemplo, los costos de los servicios o suministros no cubiertos por el plan, deducibles, copagos y coseguro). El hospital debe presentar el reclamo en su nombre.</p> <p>Nota: El transporte desde otro país para regresar a Estados Unidos no está cubierto por el plan.</p> <p>Los beneficios por atención de emergencia y atención de urgencia recibida fuera de Estados Unidos y sus territorios están limitados a un máximo combinado de por vida de \$60,000.</p>	<p>\$100 de copago por la atención de emergencia recibida fuera de Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>\$100 de copago por los servicios de transporte de emergencia recibida fuera de Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>El copago no se exonera si lo ingresan en el hospital.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p> Programas de condición física</p> <p>SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa a través del ejercicio y la conexión social. Está cubierto por un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en línea y en las ubicaciones participantes.¹ Tiene acceso a una red nacional de ubicaciones participantes donde puede tomar clases² y usar equipos de ejercicio y otros servicios. Inscríbase en tantos lugares como desee, en cualquier momento. También tiene acceso a instructores que dictan clases de ejercicios grupales especialmente diseñadas en persona y en línea, los siete días de la semana. Además, SilverSneakers Community le brinda opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales en centros recreativos, parques y otros lugares del vecindario. SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos en línea a través de clases en vivo de SilverSneakers, videos a pedido de SilverSneakers y la aplicación móvil SilverSneakers GO. Active su cuenta en línea gratuita en SilverSneakers.com para ver su número de identificación de miembro de SilverSneakers y todas las funciones del programa disponibles para usted sin costo adicional. Para preguntas adicionales, visite SilverSneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. ET.</p> <p>Siempre hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las ubicaciones participantes ("PL") no son propiedad ni están operadas por Tivity Health, Inc. o sus afiliados. El uso de las instalaciones y servicios de PL está limitado a los términos y condiciones de la membresía básica de PL. Las instalaciones y los servicios varían según el PL. 2. La membresía incluye clases grupales de acondicionamiento físico dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen a los miembros clases adicionales. Las clases varían según la ubicación. <p><i>SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</i></p>	<p>No hay coseguro ni copago por clases de fitness/gimnasio ni kits de fitness de SilverSneakers®.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>Servicios de audición (cubiertos por Medicare)</p> <p>Evaluaciones de diagnóstico y equilibrio hechas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado de paciente ambulatorio cuando están proporcionadas por un médico, audiólogo, u otro proveedor calificado.</p>	<p>\$25 de copago por visita para servicios de diagnóstico de audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede aplicar un copago por consultorio del médico si se prestan otros servicios en el momento de la consulta.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>*Servicios de audición (no cubiertos por Medicare)</p> <p>1 examen auditivo de rutina por oído por año.</p> <p>Hasta dos audífonos de marca TruHearing cada año (uno por cada oído, por año) El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing, que vienen en diversos estilos y colores. Los aparatos auditivos Premium están disponibles en opciones de estilo recargable sin costo adicional. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para aprovechar este beneficio.</p> <p>Llame al 1-855-205-5011 para programa una cita (para TTY, marque 711).</p> <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer año de visitas de seguimiento con el proveedor • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida por 3 años • 80 baterías por audífono (para modelos no recargables) <p>El beneficio no incluye ni cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo adicional para audífonos con función opcional de recarga • Moldes auriculares • Accesorios para audífonos • Visitas adicionales al proveedor • Baterías adicionales; baterías cuando se compra un audífono recargable • Audífonos que no sean de marca TruHearing • Costos asociados con reclamos de garantía por pérdidas y daños <p>Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.</p>	<p>\$0 de copago por exámenes de audición de rutina.</p> <p>\$699 de copago por cada aparato Advanced.</p> <p>\$999 de copago por cada aparato para Premium Aids.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>*Servicios de audición (no cubiertos por Medicare) (continuación)</p> <p><i>TruHearing es una compañía independiente y separada con contrato con BCBSAZ Advantage para prestar servicios de aparatos auditivos a los miembros de BCBSAZ Advantage. El programa TruHearing no es una póliza de seguro ni da cobertura de seguro.</i></p> <p><i>*Tenga en cuenta que estos servicios no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo.</i></p>	
<p> Prueba de VIH</p> <p>Para las personas que piden una prueba diagnóstica de VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta un máximo de tres exámenes diagnósticos durante un embarazo 	<p>No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare.</p>
<p>**Atención de una agencia de salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita los servicios de salud en el hogar y ordenar los servicios de salud en el hogar proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir del mismo implica un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa, de tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos según el beneficio de atención médica en casa, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa combinados deben sumar un total de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo e insumos médicos 	<p>No hay coseguro ni copago por atención médica en casa.</p> <p>Puede aplicarse un copago o coseguro separado por servicios prestados en el momento de la consulta.</p> <p>(Vea “Equipo médico duradero y suministros relacionados” para obtener más información)</p> <p>**Se necesita autorización previa para los servicios de atención médica en casa. Los proveedores de la red pedirán por usted la aprobación.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>Terapia de infusión a domicilio</p> <p>La terapia de infusión en casa implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en casa. Los componentes necesarios para hacer una infusión en casa incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluyendo de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación al paciente que no estén cubiertas de otra manera en el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo a distancia • Los servicios de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión en casa y los medicamentos para la infusión en casa que dé un proveedor calificado de terapia de infusión en casa 	<p>20% de coseguro por servicio.</p>
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted es elegible para obtener el beneficio de un centro de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le hayan proporcionado un pronóstico terminal que certifique que usted tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad toma su curso normal. Debe recibir cuidado de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar los programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluyendo los que son propiedad, controla o tiene un interés financiero la organización MA. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de red o un proveedor de fuera de la red.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios del centro de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Medicare Original, no Blue Best Life Plus Classic.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo de corto plazo • Atención en el hogar <p>Cuando usted ingresa a un hospicio, tiene el derecho de continuar en su plan; si elige continuar en el plan, debe seguir pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para los servicios en un centro de cuidados paliativos que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (y no nuestro plan) pagará sus servicios de cuidados de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de un centro de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos enviará las facturas de los servicios por los que paga Medicare Original a Medicare Original. Se le cobrarán los costos compartidos de Medicare Original.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Si necesita los servicios necesarios que no sean de urgencia ni de emergencia cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si usa un proveedor de nuestra red del plan y sigue las reglas del plan (como si hay un requisito de obtener autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga la cantidad de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de fuera de la red, paga el costo compartido bajo Medicare de Tarifa por servicio (Medicare Original) 	<p>Las consultas en centro de cuidados paliativos están incluidas como parte de la atención médica de paciente hospitalizado. Para obtener información del costo de los servicios de consulta del centro de cuidados paliativos, vea la sección del cuadro de beneficios “<i>Servicios del médico/proveedor de atención médica, incluyendo visitas al consultorio del médico</i>”.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p>Por los servicios cubiertos por Blue Best Life Plus Classic, pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Blue Best Life Plus Classic continuará cubriendo los servicios que cubre el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén relacionados o no con su diagnóstico terminal. Usted paga su cantidad de costo compartido del plan por estos servicios.</p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal en el hospicio, usted pagará los costos compartidos. Si están relacionados con su condición terminal en el hospicio, entonces usted pagará los costos compartidos de Medicare Original.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>)</p> <p>Nota: Si necesita atención que no es de un centro de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la Hepatitis B si está en riesgo alto o intermedio de adquirir hepatitis B • Vacunas contra COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte D.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, influenza, hepatitis B y COVID-19, en el consultorio de un proveedor dentro de la red.</p> <p>Se puede aplicar un copago por consultorio del médico si se prestan otros servicios en el momento de la consulta.</p>
<p>**Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye servicios para condiciones graves de pacientes hospitalizados, atención de hospital a largo plazo y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención de hospital para pacientes hospitalizados empieza el día en que usted es formalmente internado en el hospital con una orden del médico. El día antes del que se le da de alta es su último día de paciente interno.</p> <p>No hay límite al número de días cubiertos por nuestro plan.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluso dietas especiales • Servicios regulares de enfermería 	<p>Se cobra un costo compartido por cada estancia como paciente hospitalizado.</p> <p>El copago empieza desde el primer día en que ingresa en el hospital y continúa hasta que se haya pagado el costo máximo de desembolso directo (\$1,500) por hospitalización. Si le dan el alta del hospital y vuelve a ingresar, el costo compartido por día/hospitalización empieza de nuevo desde el día 1.</p> <p>Días 1-6: \$225 de copago por día.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costos de unidades de atención especial (tal como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicinas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas • Costos de las salas de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de abuso de sustancias de paciente hospitalizado • Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso sea examinado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante en nuestra red son fuera del patrón de atención comunitario, puede elegir obtenerlos localmente siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Blue Best Life Plus Classic provee servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en esta ubicación lejana, haremos arreglos o pagaremos los costos de albergue y transporte apropiados para usted y un acompañante. 	<p>Días 7-90: \$0 de copago por día por cada hospitalización médicamente necesaria cubierta.</p> <p>\$0 de copago por días adicionales.</p> <p>Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se estabiliza su emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Cuando ingresa en un hospital del plan, puede asignársele un hospitalista para coordinar su atención médica y darle el alta.</p> <p>**Se necesita autorización previa para la atención médica de paciente hospitalizado. Los proveedores de la red pedirán por usted la aprobación.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre: incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa, glóbulos rojos empacados y otros componentes de la sangre empieza con la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios de médicos <p>Nota: Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarle al hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, que podría ser considerado un “paciente ambulatorio.” Si no está seguro de si es paciente interno o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!” Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>**Servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren estancia en un hospital.</p> <p>Hay un límite de 190 días de por vida por servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no aplica para los servicios de salud mental a pacientes hospitalizados dados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p>	<p>El deducible u otros costos compartidos se cobran por cada estancia en el hospital. El copago empieza desde el primer día en que ingresa en el hospital y continúa por 6 días. Si le dan el alta del hospital y vuelve a ingresar, el costo compartido por día empieza de nuevo desde el día 1.</p> <p>Días 1-6: \$225 de copago por día.</p> <p>Días 7-90: \$0 de copago por día.</p>



Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
	<p>**Se necesita autorización previa para la atención médica de paciente hospitalizado por salud mental. Los proveedores de la red pedirán por usted la aprobación.</p>
<p>**Estancia como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o Centro de enfermería especializada durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado</p> <p>Si ya agotó sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos dicha estancia. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que recibe mientras se encuentra en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos • Exámenes de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico. • Vendajes quirúrgicos 	<p>\$0 de copago por visita para servicios del proveedor de atención primaria (PCP).</p> <p>\$25 de copago por servicios del especialista.</p> <p>\$10 copago por visita para terapia física, ocupacional o del habla y lenguaje.</p> <p>20% de coseguro por medicamentos administrados como parte de su plan de atención médica.</p> <p>\$0 de copago por sangre (primeras 3 pintas).</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Estancia como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o Centro de enfermería especializada durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (aparte de los dentales) que remplazan todo o una parte de un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo) o toda o una parte de la función de un órgano corporal interno que ya no funciona o que funciona mal, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos • Cabestrillos, collarines, corsés lumbares y aparatos para las piernas, bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales y los ajustes, reparaciones y reemplazos relacionados necesarios por motivo de rompimiento, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla, y terapia ocupacional 	<p>20% de coseguro por suministros médicos y quirúrgicos.</p> <p>\$0 de copago por pruebas de laboratorio, excepto las pruebas genéticas que tienen 20% de coseguro.</p> <p>\$10 de copago por radiografías y otros servicios de radiología que normalmente proporcionan los SNF.</p> <p>\$25 de copago por ultrasonidos de carótidas y vascular periférico.</p> <p>El costo compartido descrito abajo en la sección “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”, se aplicará a los servicios de radiología avanzada que se hagan fuera del SNF.</p> <p>20% de coseguro por uso de aparatos (equipo médico duradero y suministros relacionados).</p> <p>**Ciertos servicios requieren autorización previa. Los proveedores de la red tienen una lista de esos servicios y pedirán la aprobación por usted.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>Beneficio de comidas</p> <p>Después de que le den de alta de una estancia como paciente hospitalizado autorizada en un hospital, centro de rehabilitación o centro de enfermería especializada, puede ser elegible para la entrega a domicilio de 14 comidas frescas refrigeradas cuando el personal del plan lo coordine. Todas las comidas se enviarán en un solo envío a su casa. Puede usar este beneficio hasta dos semanas después de su alta de una estancia como paciente hospitalizado en un hospital, centro de rehabilitación o centro de enfermería especializada. Los tipos de dieta disponibles incluyen bienestar general, bajo en sodio, apto para el corazón, apto para diabéticos, apto para los riñones, sin gluten, vegetariano, para el cáncer y en puré, halal y kosher.</p>	<p>No hay coseguro ni copago para el beneficio de comida.</p>
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordena su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de asesoramiento individual durante su primer año de recibir servicios de terapia médica de nutrición bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage, o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, su tratamiento o su diagnóstico cambian, existe la posibilidad de recibir más horas de tratamiento con una orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si necesita tratamiento el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p>	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>Los servicios del MDPP se cubrirán para beneficiarios elegibles de Medicare bajo los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención de cambio de conducta de salud estructurada que da capacitación práctica en un cambio de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y el estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio de MDPP.</p>
<p>**Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos de conformidad con la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, no se autoadministra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente ambulatorio del hospital, o de centro quirúrgico para pacientes ambulatorios • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante del órgano • Medicamentos inyectables para osteoporosis, si usted está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con una osteoporosis posterior a la menopausia y no se puede administrar usted mismo el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra la náusea 	<p>20% de coseguro para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, incluidos los medicamentos de quimioterapia, excepto para la insulina cubierta por la Parte B. (Consulte a continuación para obtener más información sobre la cobertura de insulina).</p> <p>Efectivo 1 de abril de 2023, puede pagar menos del 20% de coseguro por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare si el medicamento aparece en la “lista de medicamentos” reembolsables de Medicare, que se publica en el siguiente sitio web:</p> <p>www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-part-b-drugs/mcrpartbdrugavggsalesprice</p> <p>La lista de medicamentos y el coseguro que debe pagar pueden cambiar de un trimestre a otro</p> <p>A partir del 1 de julio de 2023, el monto que paga por un suministro de un mes de insulina cubierta por la Parte B de Medicare nunca superará los \$35.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para heparina cuando es médicamente necesario, los anestésicos tópicos y agentes estimulantes de eritropoyesis (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>El siguiente enlace lo lleva a una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: azblue.com/medicare</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte B y Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que los medicamentos con receta médica estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	<p>Se puede aplicar un copago por consultorio del médico si se prestan otros servicios en el momento de la consulta.</p> <p>** Ciertos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa y/o terapia escalonada. Los proveedores de la red tienen una lista de esos medicamentos y pedirán la aprobación por usted.</p>
<p> Pruebas y terapia de obesidad para promover una pérdida de peso prolongada</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Esta asesoría está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, en donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener mayor información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de la obesidad y la terapia preventiva.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar el OUD mediante un</p>	<p>20% de coseguro por servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) • Suministro y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Consejería por el uso de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de toxicología • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas 	
<p>**Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Radioterapia (radio e isótopos) que incluye suministros y materiales técnicos • Servicios de radiología avanzada (CT, MRI, MRA, SPECT, PET) • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Exámenes de laboratorio • Sangre: incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa, glóbulos rojos empacados y otros componentes de la sangre empieza con la primera pinta de sangre que necesite. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias 	<p>\$10 de copago por la mayoría de las radiografías y los ultrasonidos, excepto como se especifica abajo.</p> <p>20% de coseguro por visita para terapia de radiación.</p> <p>\$25 de copago por ultrasonidos de carótidas o vascular periférico.</p> <p>\$150 de copago por pruebas con escáner: CT, MRI, MRA y SPECT.</p> <p>\$300 de copago por tomografías PET.</p> <p>20% de coseguro por endoscopia virtual con cápsula.</p> <p>0% de coseguro por un electrocardiograma (EKG).</p> <p>20% de coseguro por pruebas genéticas.</p> <p>20% de coseguro por suministros.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<p>\$0 de copago por pruebas de laboratorio.</p> <p>\$20 de copago por visita a la clínica de cuidado de la herida.</p> <p>\$25 de copago para evaluación de manejo del dolor.</p> <p>\$75 de copago por visita para tratamiento de manejo del dolor.</p> <p>\$75 de copago por estudio del sueño.</p> <p>20% de coseguro por visita para tratamientos de EECp y TTT.</p> <p>\$25 de copago por visita para tratamiento de oxígeno hiperbárico.</p> <p>Se puede aplicar un copago por consultorio del médico si se prestan otros servicios en el momento de la consulta.</p> <p>Si recibe el mismo tipo de servicio en la misma sesión, más de una vez, solo se aplicará un copago.</p> <p>**Se necesita autorización previa para ciertas pruebas y servicios de diagnóstico para paciente ambulatorio. Los proveedores de la red tienen una lista de esos servicios y pedirán la aprobación por usted.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>Observación de pacientes ambulatorios en el hospital</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente interno o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que cubramos los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proporcionan por orden de un médico u otra persona autorizada por leyes estatales o estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital o para ordenar exámenes para pacientes externos.</p> <p>Nota: a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, que podría ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!</i> Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>\$225 copayment for outpatient hospital observation services.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorio, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Exámenes de laboratorio y laboratorio facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ello • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos tales como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo <p>Nota: a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, que podría ser considerado un “paciente ambulatorio.” Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p>	<p>\$125 de copago por visita para servicios en el departamento de emergencias. No se cobra el costo compartido si lo ingresan en el hospital en el transcurso de un día por la misma condición. (Vea <i>Atención de emergencia</i> para obtener más información).</p> <p>\$200 de copago por visita por operación o procedimiento ambulatorio.</p> <p>Para saber los costos asociados con servicios de laboratorio, pruebas de diagnóstico, radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital, consulte la sección del cuadro de beneficios, “<i>Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</i>”.</p> <p>20% de coseguro por suministros.</p> <p>\$25 de copago por visita individual o en grupo para atención de salud mental como paciente ambulatorio.</p> <p>20% de coseguro por visita para servicios de terapia intravenosa o transfusión (se calculará un costo compartido separado por los medicamentos).</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!” Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>20% de coseguro por visita para infusión de quimioterapia (se calculará un costo compartido separado por los medicamentos).</p> <p>20% de coseguro por medicamentos y productos biológicos que usted no se puede dar.</p> <p>\$25 de copago por visita para tratamiento de oxígeno hiperbárico.</p> <p>**Se necesita autorización previa para ciertos medicamentos, productos biológicos y todas las operaciones para paciente ambulatorio. Los proveedores de la red tienen una lista de esos procedimientos y pedirán la aprobación por usted.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermera practicante (NP), asistente médico (PA), u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables. • Terapia individual y de grupo. 	<p>\$25 de copago por visita individual o en grupo para atención de salud mental como paciente ambulatorio.</p> <p><u>No</u> se necesita remisión del PCP para consultar a un proveedor de la red.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos de paciente ambulatorio, tales como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes, y Centros integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORFs).</p>	<p>\$10 de copago por visita para una visita cubierta por Medicare para servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje.</p> <p>Si recibe el mismo tipo de servicio en la misma sesión, más de una vez, solo se aplicará un copago.</p> <p>**Se necesita autorización previa para los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio. Los proveedores de la red pedirán por usted la aprobación.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Nuestra cobertura es la misma que Medicare Original, que es cobertura por servicios prestados a pacientes en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital a los que, por ejemplo, se les dio el alta después de una estancia como paciente hospitalizado por tratamiento de abuso de sustancias o que necesitan tratamiento, pero no la disponibilidad e intensidad de servicios que solo se prestan en una hospitalización. La cobertura disponible para esos servicios está sujeta a las mismas normas que se aplican generalmente a la cobertura de servicios hospitalarios para paciente ambulatorio.</p>	<p>\$25 de copago por visita individual o en grupo para servicios ambulatorios por abuso de sustancias.</p> <p><u>No</u> se necesita remisión del PCP.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>Los servicios dados por un psiquiatra o médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especializado, un enfermero especializado, un ayudante de médico, u otro profesional de atención de salud calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Evaluación del paciente, resultados y tratamiento por trastornos relacionados con consumo de sustancias por un proveedor elegible de Medicare para determinar rápidamente la gravedad del consumo de sustancias e identificar el nivel de tratamiento adecuado.</p>	
<p>**Cirugía de paciente ambulatorio, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si el procedimiento se hará como paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que su proveedor ordene por escrito que se le admita en el hospital como paciente hospitalizado, será considerado como paciente ambulatorio y pagará las cantidades de los costos compartidos correspondientes a cirugía ambulatoria. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, que podría ser considerado un paciente ambulatorio.</p>	<p>\$200 de copago por visita para operación como paciente ambulatorio cubierta por Medicare en un hospital.</p> <p>\$150 de copago por visita para operación o procedimiento ambulatorio cubierto por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC).</p> <p>**Se necesita autorización previa para la operación como paciente ambulatorio. Los proveedores de la red pedirán por usted la aprobación.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>Productos de venta libre (OTC)</p> <p>Daremos una asignación de beneficios flexibles trimestralmente (enero, abril, julio, octubre) en una tarjeta prepagada para ayudarlo a cubrir los gastos de gastos de bolsillo en productos relacionados con la salud.</p> <p>Los dólares de beneficios se pueden gastar en las farmacias participantes. Visite su portal de MyBenefits en azblue.com/medicare para ver los lugares y para obtener más información. Los dólares de beneficios no usados vencen al final de cada trimestre.</p> <p>Este beneficio no reemplaza sus beneficios independientes actuales y está diseñado para ayudar a compensar los gastos de bolsillo. Este beneficio flexible es solo para su uso personal, no se puede vender ni transferir y no tiene valor en efectivo. Su tarjeta se debe activar antes de usar sus beneficios. Para activar su tarjeta, visite azblue.com/medicare.</p>	<p>El plan paga \$50 cada trimestre (3 meses) por los productos OTC cubiertos. Los beneficios OTC no se transfieren al trimestre siguiente.</p>
<p>**Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se da como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en su consultorio del médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como servicio hospitalario para pacientes hospitalizados.</p>	<p>\$70 de copago por visita para servicios de hospitalización parcial.</p> <p>**Se necesita autorización previa para los servicios de hospitalización parcial. Los proveedores de la red pedirán por usted la aprobación.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Servicios de médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica que sean médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento médico • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para los miembros que reciben diálisis en casa en un centro de diálisis renal en un hospital o centro de diálisis renal en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o en la casa del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de apoplejía, independientemente del lugar donde esté. • Servicios de telesalud para los miembros con trastorno por consumo de sustancias o trastorno mental concurrente, independientemente del lugar donde estén. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene una visita en persona en el plazo de 6 meses antes de su primera visita de telesalud ○ Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras esté recibiendo esos servicios de telesalud ○ Puede haber excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por clínicas médicas rurales y centros médicos calificados a nivel federal 	<p>\$200 de copago por visita en el hospital para operación ambulatoria.</p> <p>\$150 de copago por visita en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC) para operación ambulatoria.</p> <p>\$0 de copago por visita con su proveedor de atención primaria (PCP).</p> <p>\$25 de copago por visita a un especialista.</p> <p>Algunos ejemplos de especialistas son: oncólogo, cardiólogo, ortopedista, podólogo.</p> <p>Nota: Los servicios cubiertos prestados por un proveedor de audición, un quiropráctico o por tratamiento de manejo del dolor tienen copagos separados que son diferentes a los copagos de otros especialistas.</p>



Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Servicios de médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico por 5 a 10 minutos, si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es paciente nuevo y ○ La consulta no se relaciona con una consulta en la clínica en los últimos 7 días y ○ La consulta breve no da lugar a una consulta en la clínica dentro de un plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita • Evaluación de video o imágenes que le envíe a su médico y la interpretación y el seguimiento de su médico en el plazo de 24 horas, si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es paciente nuevo y ○ La evaluación no se relaciona con una consulta en la clínica en los últimos 7 días y ○ La evaluación no da lugar a una consulta en la clínica dentro de un plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita • Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los proporcionara un médico) 	<p>20% de coseguro por atención dental que no es de rutina (cubierta por Medicare).</p> <p>Si se prestan otros servicios médicos o medicamentos cubiertos durante la consulta, puede haber un costo compartido aparte por esos artículos.</p> <p>**Ciertos procedimientos y servicios ambulatorios necesitan autorización previa. Los proveedores de la red tienen una lista de esos procedimientos y pedirán la aprobación por usted.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Cuidado de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	<p>\$25 de copago por visita para servicios de podología cubiertos por Medicare.</p>
<p> Pruebas de diagnóstico del cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p>
<p>**Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una función o parte del cuerpo. Incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y la reparación o el reemplazo de estas prótesis. También incluye algo de cobertura después de la extracción u operación de cataratas; consulte Atención de la vista más adelante en esta sección para obtener más información.</p>	<p>20% de coseguro por aparatos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>**Se necesita autorización previa para ciertos aparatos y suministros. Los proveedores de la red tienen una lista de esos aparatos y pedirán la aprobación por usted.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) entre moderada y muy severa y una orden de rehabilitación pulmonar del médico tratante de su enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>\$20 de copago por servicios de rehabilitación pulmonar.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p> Detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de uso inapropiado de alcohol para los adultos con Medicare (incluyendo las mujeres embarazadas) que usan el alcohol de manera inapropiada, pero no dependen del alcohol.</p> <p>Si su prueba de abuso de alcohol da positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoría en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la asesoría) que da un médico de atención primaria o profesional en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de control cubierto por Medicare y el asesoramiento para reducir el beneficio preventivo abuso de alcohol.</p>
<p> Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>En el caso de las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años que no tienen señales ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen una historia de consumo de tabaco de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciben una orden por escrito para LDCT durante una visita de orientación y toma de decisiones compartidas para la detección del cáncer de pulmón que cumpla los criterios de Medicare para dichas visitas y que la dé un médico o un proveedor no de atención médica calificado.</p> <p><i>En el caso de las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT luego del examen preventivo con LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito de un examen preventivo de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede dar durante una visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado deciden dar una visita de orientación sobre el examen preventivo de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para los siguientes exámenes preventivos de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para consulta de orientación y toma de decisión compartida cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p> Cubrimos infección de transmisión sexual (STI) exámenes para detectar la clamidia, la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B</p> <p>Cubrimos exámenes diagnósticos de infecciones de transmisión sexual (STI) para la clamidia, la gonorrea, la sífilis, y la hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen mayor riesgo de STI cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de cuidado primario. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones de asesoría conductual de alta intensidad en persona, de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las da un Proveedor de atención primaria y tienen lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección cubierta por Medicare para las STI y consejería para el beneficio preventivo de STI.</p>
<p>**Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación de enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que tienen enfermedad renal crónica etapa IV cuando son remitidos por sus médicos, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedades renales de forma vitalicia. 	<p>\$0 de copago por visita para servicios educativos para enfermedades de los riñones.</p> <p>20% de coseguro por tratamientos/servicios de diálisis ambulatorios (en casa o en centro).</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Servicios para tratar la enfermedad renal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o esté inaccesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le admite como un paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando es necesario, visitas por parte de trabajadores de diálisis capacitados para revisar la diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección, Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare.</p>	<p>20% de coseguro por equipo y suministros de diálisis.</p> <p>Si ingresa en el hospital para tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado, consulte la sección <i>Atención en el hospital como paciente hospitalizado</i> del cuadro de beneficios para obtener la información del costo compartido.</p> <p>Si se prestan otros servicios médicos o medicamentos cubiertos durante la consulta, puede haber un costo compartido aparte por esos artículos.</p> <p>**Para ciertos equipos y suministros se necesita obtener autorización previa. Los proveedores de la red tienen una lista de esos aparatos y pedirán la aprobación por usted.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(Para obtener una definición de atención en centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Las clínicas de enfermería especializada se llaman a veces SNFs.)</p> <p>La cobertura está limitada a 100 días por período de beneficios. No se necesita hospitalización previa para la cobertura de atención en un Centro de enfermería especializada.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que se encuentran en forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación). • Sangre: incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa, glóbulos rojos empacados y otros componentes de la sangre empieza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente dan los SNF • Exámenes de laboratorio que generalmente dan los SNF • Rayos X y otros servicios de radiología que normalmente proporcionan los SNF • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF • Servicios de un médico/profesional 	<p>Días 1-20: \$0 de copago por día.</p> <p>Días 21-40: \$203 de copago por día.</p> <p>Días 41-100: \$0 de copago por día.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un SNF para pacientes hospitalizados y finaliza cuando no ha recibido atención en un SNF para pacientes hospitalizados durante 60 días seguidos.</p> <p>Si lo ingresan en un SNF después de que haya terminado el período de beneficios, empieza un nuevo período de beneficios.</p> <p>No hay límite para el número de períodos de beneficios que puede tener.</p> <p>Cuando ingresa en un SNF del plan, puede asignársele un hospitalista para coordinar su atención médica y darle el alta.</p> <p>**Se necesita autorización previa para ciertos aparatos y suministros. Su proveedor tiene una lista de esos aparatos y pedirá la aprobación por usted.</p> <p>**Se necesita autorización previa para la atención médica en un centro de enfermería especializada. Los proveedores de la red pedirán por usted la aprobación.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>Generalmente, recibirá su atención de SNF de clínicas de red. Sin embargo, en determinados casos que se detallan a continuación, es posible que usted pague un costo compartido de la red por la atención de un centro que no pertenece a un proveedor de la red si éste acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilación de atención continua donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que dé atención de centro de enfermería especializada). • Una SNF donde su cónyuge viva en el momento que salga usted del hospital. 	
<p> Eliminación del uso del tabaco (consejos para dejar de fumar y usar tabaco)</p> <p><u>Si utiliza tabaco, pero no tiene señales ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un periodo de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si utiliza tabaco y ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que el tabaco podría afectar:</u> Cubrimos los servicios de asesoría para dejar de fumar. Cubrimos asesoría para dos intentos para dejar de fumar dentro de un periodo de 12 meses; sin embargo, pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de usar tabaco cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la enfermedad.</p> <p>Hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico. • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que están entrenados en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero de práctica avanzada/especialista de enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>SET puede estar cubierto más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>\$30 de copago por sesión de terapia.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>**Servicios de masaje terapéutico: no cubiertos por Medicare</p> <p>Nuestro plan incluye cobertura para servicios de masajes terapéuticos en clínicas para el tratamiento de condiciones y lesiones miofasciales y dolor musculoesquelético.</p> <p>Información del proveedor:</p> <p>Los servicios cubiertos pueden ser prestados por proveedores autorizados de servicios de masaje terapéutico, incluyendo masajistas y fisioterapeutas autorizados. Usamos una amplia gama de tipos de proveedores para prestar servicios de masaje terapéutico.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 30 visitas combinadas por año para servicios de acupuntura, quiropráctica y masajes terapéuticos no cubiertos por Medicare.*</p> <p><i>*Tenga en cuenta que estos servicios no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo.</i></p>	<p>\$15 de copago por visita.</p> <p>Debe usar los proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).</p> <p>**Puede ser necesaria la autorización previa y es la responsabilidad de su proveedor.</p>
<p>#Servicios necesarios de urgencia</p> <p>Los servicios necesarios con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red ocurren si: Está temporalmente fuera del área de servicio del plan. y requieren servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista pero no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. El costo compartido de los servicios necesarios de urgencia prestados fuera de la red es el mismo que el de los servicios prestados dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia y los servicios necesarios de urgencia están cubiertos en todo el mundo.</p>	<p>\$25 de copago por visita para atención necesaria de urgencia.</p> <p>#Si hay otras pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos, suministros o medicamentos para paciente ambulatorio durante o como seguimiento de servicios necesarios de urgencia, se aplicará un costo compartido separado por esos artículos.</p>


Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>Servicios necesarios de urgencia: en todo el mundo</p> <p>Cubrimos los servicios necesarios de urgencia que necesita mientras viaja fuera de Estados Unidos y sus territorios. (La cobertura en el extranjero puede ser diferente, así que antes de viajar, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información de la cobertura). No hay restricciones de red según este beneficio y no necesita autorización previa de su plan o médico antes de recibir atención.</p> <p>Si necesita ayuda para encontrar un hospital, médico u otro proveedor cuando necesita atención necesaria de urgencia fuera de Estados Unidos, el programa Blue Cross Blue Shield Global® Core da acceso urgente a proveedores de todo el mundo.</p> <p>Servicios para Miembros, junto con un profesional médico, coordinará los servicios de un hospital, un médico u otro proveedor para prestarle los servicios necesarios de urgencia. También puede visitar www.bcbsglobalcore.com para encontrar un médico, hospital u otro proveedor de atención médica.</p> <p>En la mayoría de los casos, si usa el programa Global Core para coordinar la atención en el hospital necesaria, no debería tener que pagar por adelantado la atención en el hospital, excepto los gastos de bolsillo que normalmente paga (por ejemplo, los costos de los servicios o suministros no cubiertos por el plan, deducibles, copagos y coseguro). El hospital debe presentar el reclamo en su nombre.</p> <p>Los beneficios por atención de emergencia y atención de urgencia recibida fuera de Estados Unidos y sus territorios están limitados a un máximo combinado de por vida de \$30,000.</p>	<p>\$100 de copago por servicios necesarios de urgencia de emergencia recibidos fuera de Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>El copago no se exonera si lo ingresan en el hospital.</p>
<p> Atención de la vista (cubierta por Medicare)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios de un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento para la degeneración de la mácula, relacionada con la edad. Medicare Original no cubre 	<p>\$25 por visita con un oftalmólogo u optometrista para atención de la vista cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por visita para evaluación de glaucoma y</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p>exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con alto riesgo de tener glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma incluyen: las personas con un historial familiar de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos mayores de 50 años e hispanos mayores de 65 años • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se le hacen dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar dos anteojos después de la segunda operación) 	<p>retinopatía diabética cubierta por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por in par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de un lente artificial conocido como lente intraocular.</p> <p>20% de coseguro por lentes correctivos/monturas después de eliminación de cada catarata sin implante de lente. Refracción no está cubierto.</p> <p>La cobertura de anteojos está limitada a un par básico de montura y lentes. Las mejoras (tintes, lentes resistentes a rayones y monturas de diseñador) no están cubiertas.</p>
<p>Atención de la vista (no cubierta por Medicare)*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de la vista de rutina, incluyendo un examen de la vista no médico de rutina por año por medio de los proveedores de Davis Vision, sin ninguna condición médica o síntoma médico para revisar la vista, detectar enfermedades oculares o actualizar las recetas de anteojos o lentes de contacto. <p><i>*Tenga en cuenta que estos servicios no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo.</i></p>	<p>\$0 de copago por un examen de la vista de rutina con un proveedor de Davis Vision.</p> <p>Cobertura de anteojos: \$200 de asignación anual de compra para armazones o lentes de contacto a través de un proveedor de Davis Vision.</p> <p>Para los servicios de la vista se debe usar un proveedor de Davis Vision.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Pago que debe hacer al obtener estos servicios
<p> Visita preventiva de Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única de Bienvenido a Medicare. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoría sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones para otra atención si se necesita.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de Bienvenido a Medicare solamente durante los primeros 12 meses que tiene Medicare Parte B. Cuando haga su cita, dígame a la oficina de su médico que desea hacer una cita para su visita preventiva de Bienvenido a Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de Bienvenido a Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**SECCIÓN 3 ¿Cuáles servicios no están cubiertos por el plan?****Sección 3.1 Servicios que *no* están cubiertos (exclusiones)**

Esta sección le informa qué servicios están *excluidos* de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, este plan no los cubre.

El cuadro a continuación enumera los servicios y productos que no están cubiertos por ninguna condición o están cubiertos solo por condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no están cubiertos), usted deberá pagarlos excepto en las condiciones específicas de la lista de abajo. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no se cubrirán y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide en la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado para no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, sección 5.3, en este documento).

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo. • Están cubiertas todas las etapas de reconstrucción para un seno después de la mastectomía, así como también para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
<p>Cuidado de compañía. (Atención que ayuda con las actividades diarias que no necesita competencias profesionales ni capacitación, por ejemplo, bañarse y vestirse).</p> <p>El cuidado de compañía es la atención personal que no necesita atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como atención para ayudar con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.</p>	No cubierto bajo ninguna condición	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
<p>Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos.</p> <p>Los elementos y procedimientos experimentales son aquellos elementos y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que, por lo general, no cuentan con la aceptación de la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Medicare Original los puede cubrir bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte el Capítulo 3, sección 5 para obtener más información sobre los estudios clínicos de investigación).</p>
Cargos por atención que hacen sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	No cubierto bajo ninguna condición	
Atención de enfermero de tiempo completo en su casa.	No cubierto bajo ninguna condición	
Los servicios de ama de llaves incluyen los cuidados básicos en el hogar, entre los cuales están la limpieza del hogar y la preparación de alimentos sencillos.	No cubierto bajo ninguna condición	
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternos).	No cubierto bajo ninguna condición	
Zapatos ortopédicos o aparatos de apoyo para los pies		<ul style="list-style-type: none"> Los zapatos que son parte de una prótesis de pierna y que se incluyen en el costo de la prótesis. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en la habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	No cubierto bajo ninguna condición	
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> Cubierto solo cuando es médicamente necesario.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Reversión de procedimientos quirúrgicos de esterilización y dispositivos anticonceptivos no recetados.	No cubierto bajo ninguna condición	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para baja visión.	No cubierto bajo ninguna condición	
Atención de rutina de los pies		<ul style="list-style-type: none"> • Cierta cobertura limitada que se da de acuerdo con las directrices de Medicare, (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Los servicios considerados no son razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	No cubierto bajo ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

*Cómo usar la cobertura del plan para
sus medicamentos con receta de la
Parte D*

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las reglas para utilizar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. Vea en el Capítulo 4 los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Sección 1.1 Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Un proveedor (médico, dentista u otro proveedor que receta) debe darle una receta por escrito que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- El proveedor que receta no debe estar en las listas de exclusiones de Medicare.
- Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Consulte la sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en el plan de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (la llamamos la “Lista de Medicamentos”). (Vea la sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- El medicamento debe tener una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o que está respaldada por ciertas referencias. (Consulte la sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)

SECCIÓN 2 Presente sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta médica están cubiertos *únicamente* si se surten en farmacias de la red del plan. (Consulte la sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos los medicamentos con receta médica surtidos en las farmacias que no pertenecen a la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para dar sus medicamentos con receta médica cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la “Lista de medicamentos” del plan.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo busca una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red puede buscar en su *Directorio de proveedores/farmacias*, visitar nuestro sitio web (azblue.com/MAPDDocs) o llamar a Servicios para Miembros.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando se retira de la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando se retira de la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que esté en la red. Para buscar otra farmacia de la red en su área puede obtener ayuda de Servicios para Miembros o puede usar el *Directorio de proveedores/farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en azblue.com/MAPDDocs.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas 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 para residentes de un centro de cuidado a largo plazo (conocido también como LTC). Generalmente, un centro LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para miembros.
- Las farmacias que sirven el Programa de Salud para los Indígenas/de Salud para Indígenas Tribales/Urbanos (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Las farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la FDA para ciertas ubicaciones o que necesitan de un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (**Nota:** este escenario sucede con poca frecuencia).

Para encontrar una farmacia especializada busque en su *Directorio de proveedores/farmacias* o llame a Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Cómo usar el servicio de envío por correo del plan

Usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. Generalmente, los medicamentos suministrados a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para una condición médica crónica o de largo plazo.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

El servicio de pedido por correo de nuestro plan, le permite pedir **un suministro de medicamentos hasta de 100 días en los Niveles 1 y 2 y un suministro de medicamentos de 90 días en los Niveles 3, 4 y 6.**

Para obtener los formularios de pedido y la información para surtir sus medicamentos por correo llame a Servicios para Miembros o comuníquese con la farmacia de pedidos por correo de la red, OptumRx®, llamando al 1-844-883-8523 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es las 24 horas del día, los siete días de la semana. También puede visitar su sitio web en **www.optumrx.com**. Si usa una farmacia por correo que no está en la red de farmacias del plan, no se cubrirá su receta.

Generalmente, un pedido de farmacia de envío por correo le llegará en menos de 10 días. Sin embargo, su orden por correo puede atrasarse algunas veces. Si por alguna razón no se puede entregar su pedido en 10 días, un representante de OptumRx® se comunicará con usted y le explicará el motivo del retraso. Si pasaron 10 días y no ha recibido su receta (ni comunicación del servicio de farmacia por correo), comuníquese con ellos llamando al 1-844-883-8523 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para preguntar sobre el estado de su pedido. Si necesita el medicamento antes de que puedan entregárselo, se pondrá el medicamento a su disposición en una farmacia de la red hasta que se pueda procesar y entregar su pedido por correo. OptumRx® solo se puede usar para medicamentos de mantenimiento. Los suministros para diabetes se deben obtener en una farmacia local o con otro proveedor contratado por el plan..

Recetas médicas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunicarán con usted para saber si desea el medicamento de manera inmediata o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para para que sepan si enviar, demorar o detener la nueva receta.

Nuevos surtidos de recetas con pedido por correo. Para los resurtidos, comuníquese con la farmacia 15 días antes de que crea que se va a acabar el suministro que tiene para asegurarse de que el siguiente pedido le llegue a tiempo.

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de largo plazo de medicamentos?

El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos (también llamado suministro extendido) de mantenimiento en la “Lista de medicamentos” del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada.)

1. Algunas farmacias de nuestra red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores/de farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red le pueden dar un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
2. Usted también puede recibir medicamentos de mantenimiento mediante nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la sección 2.3 para obtener más información.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan?

Su receta médicas puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde puede surtir sus recetas médicas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros** para saber si existe una farmacia de la red cerca. Usted podría llegar a pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriremos en la farmacia dentro de la red.

Estas son las circunstancias en las que podríamos cubrir las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay una farmacia de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que atienda las 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado cubierto que no se mantiene con regularidad en una farmacia, farmacia por correo o farmacia especializada de la red (esos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos especializados).

¿Cómo solicita un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo compartido) en el momento de surtir su receta. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (El Capítulo 7, sección 2.1 explica cómo solicitarle al plan que le reembolse).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, la denominamos la “Lista de medicamentos” para abreviarla.

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y la aprobó Medicare.

Los medicamentos en la “Lista de medicamentos” son solo los cubiertos por la Parte D de Medicare.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Por lo general, cubriremos un medicamento en la “Lista de medicamentos” del plan siempre y cuando siga las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está ya sea:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o condición para la que se recetó.
- – o – respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca y genéricos.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con nombre comercial registrado propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos normales (por ejemplo, medicamentos que están basados en una proteína) que se conocen como productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar que es un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta médica que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Por lo general, los genéricos funcionan tan bien como el medicamento de marca y generalmente cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

¿Qué *no* está en la “Lista de medicamentos”?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta médica.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (si desea más información, consulte la sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento determinado en nuestra “Lista de medicamentos”. En algunos casos, es posible que obtenga un medicamento que no esté en la “lista de medicamentos”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Existen seis niveles de costo compartido para los medicamentos en la “Lista de medicamentos”

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, entre más alto es el nivel del costo compartido, más alto será su costo del medicamento.

- El nivel 1 de costos compartidos incluye genérico preferido. **Este es el nivel más bajo.**
- El nivel 2 de costos compartidos incluye genérico.
- El nivel 3 de costos compartidos incluye de marca preferido.
- El nivel 4 de costos compartidos incluye medicamento de no preferido.
- El nivel 5 de costos compartidos incluye el nivel de especialidad.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- El nivel 6 de costo compartido incluye Seleccionar medicamentos de atención. **Este es el nivel más alto.**

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*).

Sección 3.3 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la “Lista de medicamentos”?

Tiene cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte electrónicamente nuestra “lista de medicamentos” más reciente.
2. Visite el sitio web del plan (azblue.com/MAPDDocs). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.
3. Comuníquese con Servicios para miembros para averiguar si un medicamento determinado está en la “Lista de medicamentos” del plan o solicite una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (azblue.com/MAPDDocs) o llame a Servicios para Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la “Lista de medicamentos” que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta médica, existen normas especiales que restringen el cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para animarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la “Lista de medicamentos”.

Si un medicamento seguro y de costo más bajo funcionará tan bien como un medicamento de costo alto, las normas del plan están diseñadas para animarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción de costo más bajo.

Tenga en cuenta que a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra “Lista de medicamentos”. Esto se debe a que es posible que los mismos medicamentos puedan ser diferentes basándose en la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica y las diferentes restricciones o costos compartidos pueden

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

aplicarse a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones explican más sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para Miembros para saber qué necesitan usted o su proveedor para obtener la cobertura para el medicamento. Si desea que nosotros le anulemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos anularla, o no. (Vea el Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento **genérico** o un *biosimilar intercambiable* funciona igual que un producto biológico original de marca y generalmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca o producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos dijo el motivo médico por el cual el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionará para usted O si escribió "No hay sustituciones" en su receta para un medicamento de marca o producto biológico original O nos dijo el motivo médico por el cual ninguno de los dos Si el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable).

Cómo obtener una aprobación por anticipado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se establece para asegurarse de la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Pruebe primero un medicamento diferente

Este requisito lo anima a probar un medicamento menos costoso, pero generalmente tan efectivo, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica, es posible que el plan le solicite que primero pruebe el Medicamento A. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **terapia en pasos**.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si se considera normalmente seguro tomar únicamente una píldora por día de cierto medicamento, limitaremos la cobertura de su receta médica a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto

Hay situaciones donde hay un medicamento con receta que usted está tomando, o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o que está, pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O quizá esté cubierta una versión genérica del medicamento pero la versión de marca que desea no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento, como se explica en la sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree conveniente.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si su medicamento está restringido, consulte la sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que piensa que debería ser, consulte la sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si el medicamento está restringido de alguna manera?

Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o está restringido, estas son las opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe dar un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que haya estado tomando **ya no debe estar en la “Lista de medicamentos” del plan O ahora está restringido de alguna manera.**

- **Si usted es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si usted estaba en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será, como máximo, un suministro de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un suministro máximo para 30 días del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tome en cuenta que la farmacia de atención médica a largo plazo podría proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios).
- **Para los miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención de largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular o menos si su receta está escrita para menos días. Esto es además del suministro temporal que se indica arriba.
- Si está tomando un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos y tiene un cambio de nivel de atención, como cuando le dan el alta del hospital o del centro de enfermería especializada, puede pedirnos que cubramos un suministro temporal de ese medicamento.

Para preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros.

Durante el tiempo en que esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le agote. Tiene dos opciones:

1) Cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionarle de la misma manera. Usted puede llamar a Servicios para miembros y pedir un lista de medicamentos que cubrimos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que hay razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a pedir la

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

excepción. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento incluso si no está en la “Lista de medicamentos” del plan. O, puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que toma se quitará de la lista de medicamentos o se restringirá de alguna manera para el siguiente año, le avisaremos de cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y les responderemos en las siguientes 72 horas después de haber recibido su solicitud (o la declaración de respaldo de quien emitió las recetas médicas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, el Capítulo 9, sección 6.4 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto?

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que también podría funcionarle. Llame a Servicios para Miembros para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento de tal forma que usted pague menos. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, sección 6.4 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Los medicamentos de nuestro nivel 5, medicamentos especializados, no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad del costo compartido para medicamentos en este nivel.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia?

Sección 6.1 La “Lista de medicamentos” puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría cambiar en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la “Lista de medicamentos” del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando hay cambios en la “Lista de medicamentos” durante el año, publicamos la información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos con regularidad nuestra “Lista de medicamentos” en línea. Abajo están los tiempos en que recibiría un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectarán durante el año actual del plan

- **Un medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Nosotros podemos quitar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si lo estamos reemplazando con una versión genérica recién aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y tendrá las mismas o menos restricciones. Podemos decidir que se conservará el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero moviéndolo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto, agregando nuevas restricciones o ambas cuando se añade un genérico.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- Puede ser que no le informemos con antelación antes de que hagamos el cambio, incluso si usted está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hagamos el cambio, le daremos información sobre los cambios específicos que hagamos. Esto también incluirá información de los pasos que puede tomar para pedir la excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- Usted o el proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información de cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la “Lista de medicamentos” que se retiran del mercado**
 - Algunas veces un medicamento se puede considerar inseguro o pueden retirarlo del mercado por otro motivo. Si esto sucede, puede ser que el medicamento inmediatamente de la “Lista de medicamentos”. Si está tomando ese medicamento, lo informaremos de inmediato.
 - La persona que receta también estará enterada de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otros medicamentos para su condición.
- **Otros cambios en la “Lista de medicamentos”**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que el año ha empezado que afectan los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, cambiar el nivel de costo compartido o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas. También podemos hacer cambios basados en las advertencias en caja de la FDA o nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios debemos darle aviso sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación o darle un aviso del cambio y un surtido para 30 días del medicamento de marca que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con su proveedor para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir las nuevas restricciones sobre el medicamento que está tomando.
 - Usted o el proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuar cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información de cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la “lista de medicamentos” que no lo afectan durante este año del plan

Puede ser que hagamos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no estén descritos arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará para usted si está tomando el medicamento cuando se haga el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si usted continúa en el mismo plan.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año actual del plan son:

- Cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Pusimos una nueva restricción sobre el uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Si alguno de estos cambios ocurren para un medicamento que está tomando, (excepto por un retiro del mercado, un medicamento genérico que sustituye a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como parte del costo compartido hasta el 1 de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún incremento en sus pagos ni se agregará ninguna restricción al uso del medicamento.

No le hablaremos directamente sobre estos tipos de cambios durante el año actual del plan. Usted debe revisar la “Lista de medicamentos” para el siguiente año del plan (cuando esté disponible la lista durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que esté tomando que lo afecte durante el siguiente año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos
--

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos con receta médica están excluidos. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos de su bolsillo. Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no se excluirá según la Parte D, nosotros lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión consulte el Capítulo 9).

Estas son tres normas generales de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- Nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir el uso para indicaciones no autorizadas. El uso para **indicaciones no autorizadas** es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en una etiqueta de medicamento según lo aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.
- Por lo general, la cobertura para uso fuera de lo indicado se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos que se usan para promover la fertilidad.
- Medicamentos usados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado.
- Medicamentos usados para fines cosméticos o para promover el crecimiento del pelo
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro.
- Medicamentos usados para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos usados para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante busca exigir que las pruebas asociadas o servicios de monitoreo se comprendan exclusivamente al fabricante como condición de venta.

Si está **recibiendo “Ayuda adicional”** para pagar sus recetas, el programa de “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos normalmente no cubiertos. No obstante, si usted recibe cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto de Medicare en la sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Dé su información de la membresía

Para surtir su receta, dé la información de la membresía del plan, que puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan por *nuestra* parte de costo del medicamento. Deberá pagar a la farmacia *su* parte de costo compartido cuando recoja su receta médica.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva la información de membresía con usted?

Si no tiene la información de membresía del plan cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan 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, **usted podría tener que pagar el costo total del medicamento de receta cuando usted vaya a recibirlo.** (Puede solicitarnos

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

que le reembolsemos nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.)

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia que está cubierta por el plan?

Si es admitido a un hospital o a un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta médica durante su estadía. Cuando salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que estos cumplan todas las normas de cobertura descritas en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente en un centro de atención de largo plazo (LTC)?

Generalmente, un centro de atención de largo plazo (LTC) (como un centro de atención residencial) tiene su propia farmacia o una farmacia que surte los medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro LTC, puede obtener sus medicamentos con receta en la farmacia del centro o la que usan, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores/farmacias* para averiguar si la farmacia del centro LTC o la que usan es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios para Miembros. Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención de largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra “Lista de medicamentos” o que está restringido de alguna manera?

Vea en la sección 5.2 la información sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o un plan de grupo de jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el administrador de beneficios de ese grupo. Él o ella puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta médica con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de grupo de empleado o jubilado, la cobertura de medicamentos que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Aviso especial sobre la ‘cobertura aceptable’:

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos con receta para el siguiente año calendario es válida.

Si la cobertura del plan grupal es **acreditable**, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta médica de Medicare.

Guarde este aviso sobre cobertura acreditable ya que podría necesitarlo en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, pida una copia al administrador de beneficios del empleador o grupo de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados de hospicio certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, medicamentos, laxantes, contra el dolor o la ansiedad que no estén cubiertos por el hospicio porque no tienen relación con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del proveedor que receta o de su proveedor de hospicio indicando que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para prevenir demoras en recibir estos medicamentos que deberían cubrir nuestro plan, pida al proveedor de hospicio o al proveedor que receta que avise antes de que se surta su receta.

Si usted revocara su elección de hospicio o si lo dieran de alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos como se explicó en este documento. Para prevenir demoras en una farmacia cuando finalicen sus beneficios de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para que verifiquen su revocación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de manera segura

Hacemos revisiones sobre el uso de los medicamentos para ayudar a nuestros miembros a garantizar que están obteniendo una atención segura y apropiada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta médica. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores de medicamentos

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- Medicamentos que es posible que no sean necesarios ya que está tomando otro medicamento para tratar la misma condición
- Medicamentos que no son seguros ni apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarle si los toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted está tomando
- Cantidades no seguras de medicamentos opioides para el dolor

Si vemos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros con el uso seguro de sus medicamentos opiáceos

Tenemos un programa que ayuda a asegurarse de que los miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama un Programa de manejo de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo recientemente una sobredosis con opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que el uso que haga de opioides o benzodiazepinas con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que pueda obtener estos medicamentos. Si lo ponemos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Pedirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta en ciertas farmacias.
- Pedirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta de ciertos médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos y de benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Después de que se le haya dado la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el proveedor que receta tienen derecho a la apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo comunicarse presentar una apelación.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

No se le pondrá en nuestro DMP si tiene ciertas condiciones médicas, como dolor relacionado con cáncer o anemia falciforme, si está recibiendo atención de hospicio, paliativa o por enfermedad terminal, o si vive en un centro de atención de largo plazo.

Sección 10.3 Programa de administración de terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se llama programa de Administración de terapia con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. El programa lo desarrollaron un equipo de farmacéuticos y médicos para asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar los opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud harán con usted una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre cómo tomar sus medicamentos, sus costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre su receta y los medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que tiene una lista de lo que se recomienda que haga que incluye las medidas que debe tomar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información de cómo desechar los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de medidas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su visita o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga actualizada su lista de medicamentos (por ejemplo, junto con su documento de identificación) si va al hospital o a sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y le retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted paga por sus
medicamentos con receta de la
Parte D*

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

¿Recibe Actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **cierta información en esta Evidencia de la cobertura relacionada con los costos de los medicamentos con receta médica de la Parte D puede no aplicar a usted.** Le enviamos un documento separado, llamado *Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos con receta médica* (también conocido como Anexo de Subsidio por bajos ingresos o Anexo LIS), que le indica sobre su cobertura de medicamentos. Si no recibió este documento, llame a Servicios para Miembros y pida la Cláusula adicional de LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para mantener las cosas simples, utilizamos la palabra *medicamento* en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta médica de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, debe saber los medicamentos que están cubiertos, donde surtir sus recetas y qué normas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Estas normas se explican en el Capítulo 5, Secciones 1 a 4. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 3, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcione una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros.

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Hay diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama “costo compartido” y hay tres maneras como pueden pedirle que la pague.

- **Deducible** es la cantidad que debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- **Copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- **Coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir cuando llevamos el control de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos sí se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos que mencionamos abajo (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya cumplido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- La cantidad que paga por sus medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de cobertura inicial
 - Etapa de período sin cobertura
- Cualquier pago que efectúe durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos con receta médica de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, los mismos se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus costos de bolsillo si **ciertas otras personas u organizaciones** los hicieron en su nombre. Esto incluye los pagos de sus medicamentos realizados por un amigo o un familiar, la mayoría de las organizaciones benéficas, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA o el Servicio de salud para la población india estadounidense. Los pagos efectuados por el programa “Ayuda adicional” de Medicare también se incluyen.
- Algunos pagos realizados por el Programa de descuento para el período sin cobertura de Medicare están incluidos en sus costos de bolsillo. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Cambio a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) han gastado un total de \$8,000 en costos de bolsillo a lo largo del año calendario, pasará de la Etapa de período sin cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene de una farmacia que no pertenece a la red y que no cumple con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluyendo los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que realiza por los medicamentos con receta médica que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta médica de Medicare.
- Pagos que efectúa el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras está en el Período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que efectúan planes de salud colectivos, incluidos planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que efectúan ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos que realizan terceros con una obligación legal para pagar los costos de recetas médicas (por ejemplo, Compensación al Trabajador).

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas arriba paga parte de o todos sus gastos de bolsillo de medicamentos, debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros.

¿Cómo puede llevar control de su total de gastos de bolsillo?

- **Le ayudaremos.** El informe de Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D que recibió incluye la cantidad actual de sus gastos de bolsillo. Cuando esta cantidad llega a \$8,000, este informe le dirá cuando sale de la Etapa de período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La sección 3.2 indica lo que puede hacer para ayudarnos a estar seguros de que nuestros registros sobre lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de en cuál etapa de pago de medicamentos se encuentra cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Blue Best Life Plus?

Hay cuatro etapas de pago de medicamentos para su cobertura de medicamentos con receta según Blue Best Life Plus. Cuánto paga depende de la etapa en que está cuando surte o vuelve a surtir una receta. La información de cada etapa está en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Etapa 1: etapa del deducible anual**Etapa 2: etapa de cobertura inicial****Etapa 3: etapa de período sin cobertura****Etapa 4: etapa de cobertura catastrófica**

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en cuál etapa de pago se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (la EOB de la Parte D)

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos con receta médica y de los pagos que ha hecho cuando obtiene sus surtidos o nuevos surtidos de medicamentos con receta médica en la farmacia. De esta manera, podemos indicarle cuando haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos de los que llevamos control:

- Llevamos control de cuánto ha pagado. Esto se denomina costo **gastos de bolsillo**.
- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si le han surtido una o más recetas mediante el plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”). La EOB de la Parte D incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe le da los detalles del pago de las recetas médicas que le han surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como la información del del año a la fecha. La información muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información de precios de los medicamentos.** Esta información tendrá el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual del primer surtido por cada reclamo de receta por la misma cantidad.
- **Recetas de alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información de otros medicamentos disponibles con menos costo compartido para cada reclamo de medicamento con receta.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para llevar control de sus costos de medicamentos y los pagos que realiza por sus medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos sobre las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces en que puede ser que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar control de sus gastos de bolsillo envíenos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de los recibos de sus medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia a los pacientes del fabricante del medicamento.
 - Cualquier ocasión en que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenecen a la red u otras ocasiones en que haya pagado el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, sección 2.
- **Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haya hecho por usted.** Los pagos hechos por ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas se tienen en cuenta para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba por correo la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y correcta. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros a Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Blue Best Life Plus

No hay deducible para Blue Best Life Plus. Usted empieza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta médica del año. Consulte la sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta médica cubiertos, y usted paga su parte (su copago o monto de coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene seis niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento:

- El nivel 1 de costos compartidos incluye genérico preferido. **Este es el nivel más bajo.**
- El nivel 2 de costos compartidos incluye genérico.
- El nivel 3 de costos compartidos incluye de marca preferido.
- El nivel 4 de costos compartidos incluye medicamentos de no preferidos.
- El nivel 5 de costos compartidos incluye el Nivel de especialidad.
- El nivel 6 de costo compartido incluye Seleccionar medicamentos de atención. **Este es el nivel más alto.**

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia de la red.
- Una farmacia fuera de la red del plan. Cubrimos los medicamentos con receta médica que se surten en farmacias que no pertenecen a la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, sección 2.5 para obtener información de cuándo cubriremos una receta que surtió en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores/farmacias* del plan.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D**Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento**

Durante la Etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

Como se muestra en el cuadro abajo, la cantidad de copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

Algunas veces el costo del medicamento es menos que su copago. En esos casos, usted puede pagar el precio más bajo por el medicamento en vez del copago.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento de receta cubierto por la Parte D:

Nivel	Costos compartidos normales en ventas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para conocer detalles) (hasta un suministro para 30 días)
Costo compartido de nivel 1 (Genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Costo compartido de nivel 2 (Genéricos)	\$9 de copago	\$9 de copago	\$9 de copago
Costo compartido de nivel 3 (De marca preferidos)	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago
Costo compartido de nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidos)	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Costo compartido de nivel 5 (Especializados)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro
Costo compartido de nivel 6 (Seleccionar medicamentos de atención)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones cuando usted o su médico quiera menos del suministro para un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que lo recete, y a su farmacéutico que lo surta, menos de un suministro del mes completo de sus medicamentos si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido para diferentes recetas.

Si recibió menos del suministro para un mes completo de ciertos medicamentos, no tendrá que pagar el suministro del mes completo.

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Debido a que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo sería más bajo pues el costo total del medicamento sería más bajo.
- Si usted es responsable del copago del medicamento, solo pagará por el número de días del medicamento que reciba en vez del mes completo. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (el tasa de costo compartido diario) y lo multiplica por el número de días que recibe de medicamento.

Sección 5.4 Un cuadro que muestra sus costos a largo plazo (un suministro hasta de 100 días o 90 días de un medicamento)

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro de largo plazo (también llamado un suministro prolongado). Un suministro a largo plazo es un suministro hasta de 100 días para medicamentos en los Niveles 1 y 2 y un suministro de hasta 90 días para medicamentos en los Niveles 3, 4 y 6.

El siguiente cuadro muestra lo que paga cuando obtiene un suministro de largo plazo (hasta de 100 días o 90 días) de un medicamento.

- Algunas veces el costo del medicamento es menos que su copago. En esos casos, usted puede pagar el precio más bajo por el medicamento en vez del copago.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *largo plazo* de un medicamento con receta de la Parte D cubierto:

Nivel	Costos compartidos normales en ventas minoristas (dentro de la red) (un suministro hasta de 100 días o 90 días)	Costos compartidos de pedido por correo (un suministro hasta de 100 días o 90 días)
Costo compartido de nivel 1 (Genéricos preferidos) (suministro para 100 días)	\$0 de copago	\$0 de copago
Costo compartido de nivel 2 (Genéricos) (suministro para 100 días)	\$9 de copago	\$9 de copago
Costo compartido de nivel 3 (De marca preferidos) (suministro para 90 días)	\$141 de copago	\$141 de copago
Costo compartido de nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidos) (suministro para 90 días)	\$300 de copago	\$300 de copago
Costo compartido de nivel 5 (Especializados)	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en nivel 5.	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en nivel 5.
Costo compartido de nivel 6 Seleccionar medicamentos de atención (suministro para 90 días)	\$0 de copago	\$0 de copago

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$5,030

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cifra total correspondiente a los medicamentos de receta que ha obtenido y que ha resurtido llegue al límite de **\$5,030 para la Etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a llevar control de cuánto han gastado usted, el plan y cualquier tercero en su nombre en medicamentos durante el año. Muchas personas no llegan al límite por año de \$5,030.

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de período sin cobertura. Consulte la sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de período sin cobertura

Cuando usted está en la Etapa del espacio de cobertura, el Programa de descuentos durante el espacio de cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte del cargo de dispensación para los medicamentos de marca. La cantidad que usted pague y la cantidad del descuento del fabricante cuentan para sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado para pasar el período sin cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted paga no más de 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo cuenta la cantidad que usted paga para pasar el período sin cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que sus pagos anuales gastos de bolsillo lleguen a la cantidad máxima establecida por Medicare. Cuando llega a esta cantidad de \$8,000, sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus gastos de bolsillo (Sección 1.3).

Los requisitos de coseguro de la etapa de interrupción de cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes.

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y los costos compartidos para las vacunas de la Parte D.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted entra a la Etapa de cobertura catastrófica cuando los gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$8,000 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, el miembro no pagará coseguro ni copago por el resto del año por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la “Lista de medicamentos” del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la “Lista de medicamentos” de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consiste en dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el propio costo **de la vacuna**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de la **administración de la vacuna**. (A esto a veces se le llama “administración” de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

- 1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (ACIP).**
 - El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos y no le cuestan nada.
- 2. Donde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna puede dispensarla una farmacia o en el consultorio del médico.
- 3. ¿Quién le administra la vacuna?**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarlo en el consultorio del médico..

Lo que paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y **la etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- Algunas veces cuando reciba la vacuna, tendrá que pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.

- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará únicamente su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.

Abajo hay tres ejemplos de maneras como podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren determinadas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, no pagará nada. Usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- O nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrársela.
- Luego puede solicitarle a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico donde le administran la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administra la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibí por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos

En ocasiones, cuando reciba atención médica o algún medicamento con receta, será necesario que pague el costo total. En otras ocasiones, puede descubrir que pagó más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago (devolverle el pago con frecuencia se llama “reembolsarle”). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan cuando ha pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que debe cumplir para obtener el pago. La sección 2 de este capítulo.

Puede haber ocasiones cuando reciba una factura de un proveedor por el costo total de atención médica que ya recibió o posiblemente por más de su parte de costos compartidos como explicamos en el documento. Primero trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en vez de pagarla. Nosotros la veremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que debemos cubrirlos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlos, le avisaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor está contratado, usted aún tendrá el derecho al tratamiento.

A continuación encontrará ejemplos de situaciones en las que puede ser que usted necesite pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago o que pague una factura que usted recibió.

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o necesaria de urgencia de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea parte o no de nuestra red. En estos casos,

- Usted es responsable solamente del pago de su parte del costo por servicios de emergencia o necesarios de urgencia. Los proveedores de emergencia están obligados legalmente a dar atención de emergencia. Si usted paga la cantidad completa en el momento en el que recibe la atención, debe pedirnos que le devolvamos el pago de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor para pedirle un pago que usted cree que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, nosotros determinaremos cuánto debía y le devolveremos el pago por nuestra parte del costo.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibí por servicios médicos o medicamentos cubiertos

2. Cuando un proveedor de la red le envíe una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y solamente solicitarle a usted su parte del costo. Pero algunas veces cometen errores y le piden que pague más que su parte.

- Solo tiene que pagar la cantidad de costo compartido cuando recibe los servicios cubiertos. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama “facturación de balance.” Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) aplica aún si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aún si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y debe solicitarnos que le devolvamos el pago por la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debe según el plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de inscripción ya pasó. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le paguemos nuestra parte de los costos. Usted tendrá que presentarnos la documentación como recibos y facturas para que nos encarguemos del reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, puede ser que la farmacia no pueda presentarnos directamente el reclamo. Cuando eso sucede, usted tendrá que pagar el costo total de su receta médica.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo compartido. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, sección 2.5, para hablar de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de una receta médica debido a que no tiene su tarjeta de membresía al plan

Si no tiene su tarjeta de membresía al plan, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que busque la información de su inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información sobre la inscripción que necesita, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta médica.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo compartido.

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

6. Cuando paga el costo total de una receta médica en otras situaciones

Puede pagar el costo total de la receta médica por que se da cuenta de que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en *La "lista de medicamentos"* del plan; podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o no creía que se aplicara a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En algunas situaciones, podríamos necesitar más información de su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo.
- Si no podemos conseguir un medicamento cubierto de manera oportuna en nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red con servicio de 24 horas a una distancia razonable en auto (en 30 millas) o tiempo de conducción (a 30 minutos).
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado cubierto que no se mantiene con regularidad en una farmacia, farmacia por correo o farmacia especializada de la red (esos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos especializados).

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto quiere decir que si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento hay información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió

Usted puede pedirnos que le paguemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamo dentro de los 60 días** siguientes a la fecha en que recibió el servicio, el artículo, o el medicamento.

OptumRx es una empresa independiente que ofrece servicios de pedidos por correo en farmacias.

Para asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede rellenar nuestro formulario de reclamo para hacer su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Puede descargar una copia del formulario de nuestro sitio web ([azblue.com/medicare](https://www.azblue.com/medicare)) o se puede comunicar con Servicios para Miembros para pedir el formulario.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibí por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Para servicios médicos, envíe su solicitud de pago por correo junto con las facturas o recibos que pueda haber a esta dirección:

Blue Cross Blue Shield of Arizona
P.O. Box 29234
Phoenix, AZ 85038

Para los medicamentos con receta, envíe su solicitud de pago por correo con las facturas o recibos a esta dirección:

Optum Rx
PO Box 42000
Hazelwood, MO 63042

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos
--

Cuando recibamos su solicitud de pago, le indicaremos si necesitamos información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su petición y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo. Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento no están cubiertos o que usted *no* siguió todas las reglas, *no* pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando los motivos por los que no le enviaremos el pago y su derecho para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el médico
--

Si cree que cometimos un error denegando su solicitud de pago o la cantidad que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener información de cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

Debemos darle información de una manera que sea conveniente para usted y concuerde con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan está obligado a asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y estén accesibles para todos los miembros, incluyendo los que tienen poco dominio del inglés, competencias de lectura limitadas, discapacidad auditiva o los que tienen diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir esos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, prestar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión de TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos para contestar preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos ofrecerle la información en braille, en letra grande u otro formato alternativo si costo, si usted lo necesita. Se nos requiere que le demos información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiada para usted. Para obtener información de nosotros de manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a darles a las miembros la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si no están disponibles en la red del plan los proveedores de una especialidad, es la responsabilidad del plan buscar proveedores especialistas fuera de la red que le den la atención necesaria. En ese caso, usted solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si estuviera en una situación en la que no hay especialista en la red del plan que cubran el servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información de a dónde ir para recibir este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja formal a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o sin costo al **1-800-446-8331** (TTY: **711**). También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina para Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se den de una manera consciente de la cultura de la población y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas las personas con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

lectura, discapacidad auditiva o con cultura y orígenes étnicos diversos. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir con los requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (modo teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos darle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos sin costo, si la necesita. Debemos ofrecerle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener información de una manera que funcione para usted.

Nuestro plan debe dar a las mujeres inscritas la opción de contar con acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si no hay un proveedor de la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le den la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. En caso de que no encuentre especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde debe acudir para obtener este servicio y pagar solo los costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame a Servicio al Cliente para presentar una queja al **480-937-0409** (en Arizona) o al número gratuito **1-800-446-8331** (TTY: **711**). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697 para presentar una reclamo ante Medicare.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos
--

Usted tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para prestarle y coordinar sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. Usted también tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta médica en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9 indica lo que usted puede hacer.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal**

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y de su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

- Su información personal de salud incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, al igual que su expediente médico y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y controlar cómo se usa su información médica. Le entregamos un aviso escrito llamado **Aviso de prácticas de privacidad** que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Excepto en las circunstancias indicadas abajo, si pretendemos dar su información médica a alguien que no le está dando atención ni pagando su atención, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o de alguien a quien usted haya dado el poder legal para tomar primero decisiones por usted.*
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso escrito. La ley permite o exige estas excepciones:
 - Estamos obligados a revelar la información médica a las agencias del gobierno que revisan la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle a Medicare su información de salud incluida la información sobre sus medicamentos con receta médica de la Parte D. Si Medicare revela su información para usos de investigación u otros, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales; generalmente esto exige que no se comparta la información que lo identifica particularmente.

Puede consultar la información en su expediente y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a ver su expediente médico que guarda el plan y obtener una copia. Tenemos permitido cobrarle por reproducir copias. También tiene derecho de pedirnos que agreguemos o corrijamos su expediente médico. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas para cualquier propósito que no sea rutinario.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. **Revíselo Cuidadosamente.**

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamos
- Corregir su expediente médico y de reclamos
- Pedir comunicaciones confidenciales
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido la información
- Recibir una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos de privacidad

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones para la manera en que podemos usar y compartir información cuando:

- Respondemos preguntas de cobertura de su familia y amigos
- Damos ayuda en caso de desastres

Nuestros usos y revelaciones

Podemos usar y compartir (revelar) su información mientras:

- Ayudamos a dirigir su tratamiento de atención médica
- Administramos nuestra organización
- Pagamos sus servicios médicos
- Administramos su plan médico
- Ayudamos con asuntos de salud y seguridad pública
- Hacer una investigación
- Cumplir la ley
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con el examinador médico o director de funeraria
- Atendemos las solicitudes de compensación de los trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Respondemos a demandas y acciones legales

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Sus derechos**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.**

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Para ejercer cualquiera de esos derechos llame a Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este documento) o llame a la Oficina de Privacidad al **602-864-2255** o al **800-232-2345, ext. 2255**.

Obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamos

- Puede pedir que le enseñemos o le entreguemos una copia de sus expedientes médicos y de reclamos y demás información médica que tengamos sobre usted. Para preguntarnos cómo hacerlo, llame a Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este documento).
- Le daremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y de reclamos, por lo general en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Es posible que cobremos un cargo razonable, basado en el costo.

Pedirnos que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamos

- Puede pedirnos que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamos si cree que tienen errores o están incompletos. Para preguntarnos cómo hacerlo llame a Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este documento).
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos el motivo, por escrito, en un plazo de 60 días.

Pedir comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si eso afectara su atención médica.

Obtener una lista de las personas con que hemos compartido la información

- Puede pedir una lista (llamada solicitud de explicación) de las veces que hemos compartido su información médica, con quién la compartimos y por qué, hasta de seis años antes de la fecha en que la pide.
- Incluiremos todas las revelaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras revelaciones (como las que usted nos haya pedido que hiciéramos). Le daremos un informe gratis por año, pero le cobraremos un cargo razonable basado en el costo si pide otro informe en un plazo menor de 12 meses.

Recibir una copia de este aviso de privacidad

Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso de forma electrónica. Le daremos una copia impresa lo más pronto posible.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si le dio a alguien un poder médico o si alguien es su tutor, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esa autoridad y pueda actuar en su nombre antes de hacer algo.

Presentar una queja si cree que se violan sus derechos

- Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros a:

**BlueCross BlueShield of Arizona Privacy Office,
PO Box 13466, C300, Phoenix, AZ 85002-3466;
llamando al 602-864-2255 o al 1-800-232-2345, ext. 2255;
o enviándonos un correo electrónico a PrivacyOffice@azblue.com**

- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a:

**200 Independence Avenue, S.W.,
Washington, D.C. 20201
llamando al 1-877-696-6775;
o visitando hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html**

- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Sus opciones

Usted tiene derecho de elegir personas específicas (familia, amigos cercanos u otros) con quienes podemos compartir cierta información médica, en situaciones específicas. Estas son:

1. Personas que pueden estar involucradas en ayudarlo a recibir atención médica o pagar los servicios, como:

- a. Un amigo que algunas veces recoge sus medicamentos
- b. Un familiar cercano que se encarga de sus facturas médicas
- c. Un hijo o hija que lo acompaña a las consultas médicas

2. Las personas que usted quiere que contactemos si tiene una emergencia médica

En una situación de desastre, podría ser lo mejor para usted que compartamos su información médica protegida con entidades públicas o privadas que tienen permitido por la ley tener esa información para ayudar en casos de desastres. Sin embargo, es su decisión. Usted puede decirnos si nos autoriza compartir su información con esas organizaciones en el caso de un desastre.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen arriba, avísenos. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

Si no puede decirnos su preferencia. Por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.

En esos casos, *nunca* compartimos su información, a menos que nos autorice por escrito:

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Para fines de mercadeo
- Venta de su información

Nuestros usos y revelaciones

¿CÓMO USAMOS O COMPARTIMOS NORMALMENTE SU INFORMACIÓN MÉDICA?

Normalmente usamos o compartimos su información médica para:

Ayudar a dirigir su tratamiento de atención médica

Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que estén tratándolo.

Ejemplo: Un médico nos envía información de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar más servicios.

Administrar nuestra organización

- Podemos usar y revelar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No podemos usar la información genética para decidir si le damos la cobertura ni para establecer el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar sus servicios médicos

Podemos usar y revelar su información médica a medida que pagamos sus servicios médicos.

Ejemplo: Podemos compartir su información con su plan dental para coordinar el pago del trabajo dental.

Administrar su plan

Podemos revelar su información médica al patrocinador de su plan médico para la administración del plan.

Ejemplo: La compañía nos contrata para dar el plan médico y nosotros le damos a la compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿DE QUÉ OTRA MANERA PODEMOS USAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA?

Tenemos permitido o debemos compartir su información de otras maneras, generalmente de formas que contribuyan al bien público, como para la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones según la ley antes de que podamos compartir su información con ese propósito.

Para obtener más información visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Ayudar con asuntos de salud y seguridad pública

Podemos compartir su información médica para ciertos propósitos de salud pública, como:

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Prevenir enfermedades
- Ayudar a retirar productos del mercado
- Reportar reacciones adversas (como efectos secundarios adversos o reacciones alérgicas) a medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de alguien

Hacer una investigación

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir la ley

Compartiremos su información si lo exigen las leyes estatales o federales, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si ellos quieren confirmar que estemos cumpliendo la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con el examinador médico o director de funeraria

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones que se encargan de donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- Cuando fallece una persona, podemos compartir la información médica con un médico forense, examinador médico o director de funeraria.

Atender las solicitudes de compensación de los trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para reclamos de compensación de los trabajadores
- Para propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial del orden público
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como servicios de las fuerzas armadas, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida (PHI).
- Le avisaremos de inmediato si hay una vulneración que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso.
- Si pide una copia impresa de este aviso, debemos dársela.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos autoriza hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Para obtener más información visite:

[hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos de usted. Si lo hacemos, publicaremos un aviso revisado en nuestro sitio web, azblue.com. En nuestro siguiente envío por correo anual después de que se hayan hecho cambios, incluiremos una copia del aviso revisado o una explicación de los cambios y las instrucciones para que pueda obtener una copia del aviso revisado.

Si usted o alguien al que está ayudando tiene preguntas sobre Blue Cross Blue Shield of Arizona, tiene el derecho de recibir ayuda e información en su idioma, sin costo. Obtenga más información en:

https://www.azblue.com/~media/azblue/files/misc_pdfs/meaningful-access.pdf?la=en

Lea nuestro Aviso de no discriminación en:

<https://www.azblue.com/misc/nondiscrimination/notice>

Otras instrucciones para el aviso

Comuníquese con: Anne Schrock, directora de Privacidad

Correo electrónico: privacy@azblue.com

Teléfono: 602-864-2255

Fuera del estado: 1-800-232-2345, ext. 2255

Fax: 602-544-5661

TTY: 711

Leyes estatales de privacidad:

Usted puede tener más protección de la privacidad según las leyes estatales y federales. Las leyes estatales y federales que estipulan más protección de la privacidad o más derechos de privacidad continúan aplicándose.

Fecha de entrada en vigor: 14 de abril de 2013

Sección 1.4 Debemos darle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Blue Best Life Plus, tiene el derecho de recibir de nosotros varios tipos de información.

Si quiere cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición financiera del plan.
- **Información sobre nuestras redes de proveedores y farmacias.** Usted tiene el derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4 tienen información relacionada con los servicios

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

médicos. En los Capítulos 5 y 6 hay información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el capítulo 9 se informa sobre cómo pedir una explicación por escrito del motivo por el que no está cubierto un servicio médico o un medicamento de la Parte D o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también hay información de cómo pedirnos cambiar una decisión, también llamado una apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que pueda entenderlas*.

También tiene derecho a participar de lleno en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar lo que cuestan o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le hablen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y utilizarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho de que le hablen sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar anticipadamente si algún tratamiento o atención médica propuesta es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, aún si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de su decisión.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se haría si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces las personas pierden la habilidad de tomar decisiones de atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Llenar un formulario escrito para otorgar **a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez queda imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica si quedara imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar sus indicaciones por anticipado en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y tienen diferentes nombres. Los documentos llamados **testamento en vida** y **mandato para atención médica** son ejemplos de las instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una instrucción anticipada para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucción anticipada de organizaciones que dan información acerca de Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para pedir los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Deberá considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Proporcione copias a las personas apropiadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que pueda tomar decisiones por usted si usted no puede. Puede ser que también quiera entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe anticipadamente que será hospitalizado y firmó una instrucción anticipada, **llévese una copia al hospital.**

- Si le admiten en el hospital, le preguntarán si ya firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado uno, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmarlo.

Recuerde, usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluyendo si desea firmarlo si se encuentra en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarle si usted firmó o no una instrucción anticipada.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó instrucciones anticipadas y cree que un médico o un hospital no las cumplió, puede presentar una queja ante el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico de Arizona escribiendo a DES Division of Aging and Adult Services, Arizona State Health Insurance Assistance Program, 1789 W. Jefferson Street, #950A, Phoenix, AZ 85007, o por teléfono llamando al 602-542-4446 o al 1-800-432-4040 (línea directa en todo el estado para dejar un mensaje). Los usuarios de TTY pueden llamar sin costo al Servicio de retransmisión de Arizona al 711. También puede visitar el sitio web del Programa estatal de asistencia de seguro médico de Arizona en: <https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance>.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado**

Si tiene algún problema, preocupación o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento está lo que puede hacer. Sin importar lo que haga - pedir una decisión de cobertura, poner una apelación, o poner una queja - **se nos requiere que lo tratemos de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o país de origen, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se le han respetado los derechos y *no* tiene que ver con la discriminación, puede obtener ayuda para abordar el problema:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros**.
- Puede llamar al **Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (SHIP)**. Para obtener información, consulte el Capítulo 2, sección 3.
- O puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares en donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros**.
- Puede llamar al **Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (SHIP)**. Para obtener información, consulte el Capítulo 2, sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - O, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades

A continuación se indican las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las normas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 tienen información sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan la información sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** En el Capítulo 1 obtiene información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta médica de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que le ayuden por medio de darles información, hacer preguntas y llevar control de su atención.**
 - Para obtener la mejor atención, hable con sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos están al tanto de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos no recetados, vitaminas, y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla y obtenga una respuesta que usted entienda.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude a que las cosas en el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas funcionen sin problemas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan.
 - Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare para continuar como miembro del plan.
 - Para la mayoría de nuestros servicios médicos y medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.
 - Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si se requiere que usted pague el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda dentro del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si usted se muda fuera del área de servicios de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja

Este capítulo explica dos tipos de procesos para lidiar con los problemas y preocupaciones:

- Para algunos tipos de problemas, necesita usar el **proceso de decisiones y apelaciones de cobertura**.
- Para otros tipos de problemas, necesita usar el **proceso de poner quejas**; también llamado quejas formales.

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que debemos respetar usted y nosotros.

La guía en la sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a usar y qué debería de hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Hay términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice hacer una queja en lugar de presentar una queja formal, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de cobertura y Organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces de mucha importancia, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con más precisión para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarle a conocer qué términos utilizar, incluimos los términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Aun si tiene una queja del trato que le demos, estamos obligados a respetar su derecho de quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio al Cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones puede ser también que quiera ayuda o una guía de alguien que no tenga relación con nosotros. Bajo hay dos entidades que pueden ayudarlo.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa de gobierno con consejeros capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores en este programa le pueden ayudar a comprender qué proceso debería utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle una guía sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los teléfonos y los URL del sitio web en el Capítulo 2, sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿Qué proceso debe utilizar?

Si usted tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La guía a continuación será de ayuda.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica o (artículos médicos, servicios y/o medicamentos recetados de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados.

Sí.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, sección 4, **Guía básica acerca de decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Pase a la sección 10 al final de este capítulo: **Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES SOBRE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía para los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión amplia

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o con la cantidad que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo remite a un especialista médico. Usted o su médico también se puede comunicar con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a proporcionarle atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas se descartará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimarán una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta; si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o si usted pide que se elimine la solicitud. Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se descartó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Estamos tomando una decisión de cobertura en su nombre cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que mencionaremos después, puede solicitar una apelación expedita o “apelación rápida” de una decisión de cobertura. Su apelación la manejan diferentes revisores a los que tomaron la decisión original.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama Apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para revisar si seguimos las normas apropiadamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En circunstancias limitadas se desestimaré una solicitud de apelación de nivel 1, lo que quiere decir que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se descartará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de apelación de nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se descartó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, es posible que pueda continuar a través de los niveles adicionales de apelación (en la sección 9 de este Capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.2 **Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación**

Estos son los recursos si decide solicitar cualquier clase de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios para Miembros.**
- **Puede obtener ayuda gratis** del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.
- **Su médico puede solicitar un pedido por usted.** Si su médico ayuda con una apelación después del nivel 2, tendrá que nombrarlo como su representante. Llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en azblue.com/medicare.)
 - Para atención médica o medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 por usted. Si su apelación es rechazada al nivel 1, automáticamente se transmitirá al nivel 2.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro proveedor que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de nivel 1, su médico o el proveedor que receta puede solicitar la apelación de nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que le represente.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en azblue.com/medicare.) El formulario le da a esa persona permiso para actuar de su parte. Deben firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe de su parte. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será descartada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo da los detalles de su situación?

Hay cuatro tipos de diferentes situaciones que incluyen decisiones sobre cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes normas y fechas límite, le damos los detalles de cada una en una sección separada:

- La **sección 5** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- La **sección 6** de este capítulo: Sus medicamentos con receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- La **sección 7** de este capítulo: Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital para pacientes hospitalizados más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta muy pronto
- La **sección 8** de este capítulo: Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará muy pronto (*Se aplica únicamente a estos servicios*: atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada)

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

y servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF))

Si no está seguro de qué sección debería estar usando, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales como su SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención
--

Esta sección se trata de sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)*. En algunos casos, aplican reglas diferentes para una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En esos casos, explicaremos cómo difieren las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare de las normas para los productos y servicios médicos.

En esta sección se explica qué puede hacer si está en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica que quiere y cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico quieren darle y usted cree que el plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debe cubrir, pero dijimos que no pagaremos esta atención médica. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió atención médica y pagó por ella y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá y usted cree que reducir o suspender esta atención podría perjudicar su salud. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es por atención en el hospital, atención médica en casa, en un centro de enfermería especializada o en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), usted deberá leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. En estos tipos de atención se aplican reglas especiales.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura****Términos legales**

Cuando una decisión de cobertura es acerca de sus atenciones médicas, se denomina una **determinación de organización**.

Una “decisión de cobertura rápida” se llama una **determinación expedita**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma en 14 días o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se hace en el plazo de 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:

- *Únicamente puede pedir* cobertura de artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándar *puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si se necesita por su salud que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos las fechas límite estándar.
 - Explica que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome la decisión de cobertura o la decisión de cobertura rápida.

- Comience por llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para hacer su petición de que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar usamos las fechas límite estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en el plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud de **un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta en un plazo de **72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Vea la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para decisiones de cobertura rápida, usamos un plazo expedito

Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos en el plazo de 72 horas si su solicitud es por un producto o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una queja rápida. (Vea la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es que no aparte de o todo lo que ha solicitado**, le enviaremos una explicación escrita detallada de por qué hemos dicho que no.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto quiere decir que debe pedir de nuevo la cobertura de atención médica que quiere. Si decide presentar una apelación, significa que irá al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama una **reconsideración** del plan.

Una “apelación rápida” también se llama una **determinación expedita**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se hace en el plazo de 30 días o 7 días para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se hace en el plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que usted todavía no ha recibido, usted o su médico deberá decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Pida a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si está solicitando una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con la fecha límite y tiene un buen motivo, cuando haga su apelación, explique la razón de la tardanza para hacerla. Podemos darle más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le damos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.** Se nos permite el cobro de un arancel por la copia y el envío de esta información.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan está revisando su apelación, vemos cuidadosamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Reuniremos más información si fuera necesario posiblemente comunicándonos con usted o con su médico.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos emplear más tiempo si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas (o cuando termine el período de tiempo ampliado, si nos tomamos días adicionales), debemos enviarle automáticamente su solicitud para el nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde una Organización de revisión independiente revisará la solicitud. En la sección 5.4 se explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es que sí a una parte o todo lo que solicitó**, debemos autorizar o dar la cobertura que hemos acordado dar en las 72 horas posteriores a recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o todo lo que usted solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta en los **siguientes 30 días calendario** después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no haya recibido todavía, le daremos nuestra respuesta en **un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si su estado médico nos lo exige.
 - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
 - Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una queja rápida. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (Vea la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta a más tardar en la fecha límite (o cuando termine el período de tiempo extendido), le enviaremos su solicitud para la

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

apelación de nivel 2, donde una organización independiente externa revisará la apelación. En la sección 5.4 se explica el proceso de apelación de nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o todo lo que solicitó,** debemos autorizar o dar la cobertura en el plazo de 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **en el plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan deniega una parte o toda la apelación,** enviamos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se hace una Apelación de nivel 2

Términos legales

El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es **entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su expediente del caso. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.** Tenemos permitido cobrarle por la copia y el envío de esta información.
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores en la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si en el nivel 1 tuvo una apelación rápida, también tendrá una apelación rápida en el nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más.** Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si en el nivel 1 tuvo una apelación estándar, también tendrá una apelación estándar en el nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión le deberá dar una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibe su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de nivel 2 dentro de un plazo de 7 días calendario a partir del momento en que reciban su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

La organización de revisión independiente lo informará de su decisión por escrito y explicará las razones de la decisión.

- **Si la respuesta de la organización de revisión es sí a una parte o toda la solicitud para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de 72 horas o darle el servicio en el plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para solicitudes expeditas tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión dice sí a una parte o a toda la solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o dar el medicamento con receta de la Parte B en el plazo de **72 horas** a partir de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes expeditas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización dice que no a una parte o a toda su apelación**, quiere decir que están de acuerdo con nosotros con que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama confirmar la decisión o rechazar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicar la decisión.
 - Notificarle del derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple cierto mínimo. El aviso por escrito que usted recibe de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares necesaria para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Diciéndole cómo presentar una apelación de nivel 3.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si quiere pasar a una apelación de nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de nivel 3. En la sección 9 en este capítulo se explican los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?
--

En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las que es posible que tenga que solicitar el reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. Además, se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía los documentos pidiendo el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, revisaremos si la atención médica que pagó es cubierto. También verificaremos si siguió todas las normas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si respondemos sí a su solicitud:** Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de un plazo de 60 días calendario después que recibamos su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o si *no* ha seguido todas las reglas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta indicando que no pagaremos la atención médica y los motivos en detalle.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle lo solicitado, **puede poner una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle una respuesta en los siguientes 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que usted ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en el plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en el término de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para que esté cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener información sobre los medicamentos, normas, restricciones y costos de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios o medicamento de la Parte D todo el tiempo. Nosotros también usamos el término “lista de medicamentos” en lugar de Lista de medicamentos cubiertos (formulario).

- Si usted no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple las normas, puede preguntarnos. Para algunos medicamentos es necesario que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si su farmacia le indica que su receta no puede surtirse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito que le explica cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica qué puede hacer si está en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pedir que cubran un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Puede solicitar una excepción. Sección 6.2**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Pedirnos que cancelemos una restricción en la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos pagar una cantidad de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos obtener la aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura sección 6.4**
- Paga por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le devolvamos el pago. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **excepción al formulario**.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **excepción al formulario**.

Solicitar el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama pedir una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que le gustaría que esté cubierto, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que nosotros consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro proveedor que receta deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra “Lista de medicamentos”**. Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos”, debe pagar la cantidad del costo compartido que corresponde a los medicamentos del nivel 4. No puede pedir una excepción de la cantidad de gastos compartidos que necesitamos que pague por el medicamento.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican en ciertos medicamentos en nuestra “Lista de medicamentos”. Si aceptamos hacer una excepción y anulamos una restricción para usted, puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le requerimos pagar por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.** Cada medicamento de nuestra “Lista de medicamentos” está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo sea el número del nivel del costo compartido, más bajo será el pago que haga usted como su parte del costo del medicamento.
 - Si nuestra “lista de medicamentos” contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que se encuentran en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con un costo compartido más bajo. Esto sería el costo del nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas de nombres de marca para tratar su condición.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas ya sea de marca o genéricas para tratar su condición.
 - No puede pedirnos que cambiemos el nivel del costo compartido para ningún medicamento en el nivel 5 medicamentos de atención selecta.
 - Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones
--

Su médico debe decirnos las razones médicas

Su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas cuando solicite la excepción.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Nuestra “Lista de medicamentos” usualmente incluye más de un medicamento para tratar un estado médico en particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no ocasiona más efectos secundarios u otros problemas médicos, generalmente *no* aprobaríamos su solicitud para una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos la solicitud de excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos funcione para usted o tengan probabilidad de causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación usualmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su estado médico.
- Si denegamos su solicitud, puede pedir una otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales

Una decisión de cobertura rápida se llama una **determinación de cobertura expedita**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en el plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su condición de salud lo requiere, solicite que le demos una decisión de cobertura rápida Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para pagar un medicamento que ya compró).
- Usar las fechas límite estándar puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro proveedor que receta nos indica que por su salud se necesita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro proveedor que receta), decidiremos si se necesita por su salud que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Explica que usaremos las fechas límite estándar.
- Explica que, si su médico u otro proveedor que receta solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- También le indicará cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Nosotros responderemos a su queja en el plazo de 24 horas después de recibirla.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para hacer su petición de que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito, incluyendo las solicitudes que se presenten en el formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2 hay información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo denegado que se está apelando.

Usted, su médico (u otro proveedor que receta) o su representante pueden hacerlo. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, entregue la declaración de respaldo**, que son las razones médicas para la excepción. Su médico u otro proveedor que receta pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O, su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas pueden indicarnos por teléfono y luego enviar por fax o correo una declaración escrita, de ser necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una decisión de cobertura rápida

- Debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su requisito.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta es que no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que solicitó**, debemos **darle la cobertura** acordada **en las siguientes 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es que no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo apelar.

Los plazos para una decisión de cobertura estándar acerca del pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta en **un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, también debemos efectuar el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es que no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto quiere decir pedir de nuevo que obtenga la cobertura del medicamento que quiere. Si decide presentar una apelación, significa que irá al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina una **redeterminación** del plan.

Una “apelación rápida” también se llama una **reconsideración expedita**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se hace en el plazo de 7 días. Una apelación rápida generalmente se hace en el plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, pida una apelación rápida

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas deberá decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro proveedor que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida**.

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,** incluso las solicitudes que se presenten en el formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto y la información relacionada con su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con la fecha límite y tiene un buen motivo, cuando haga su apelación, explique la razón de la tardanza para hacerla. Podemos darle más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le damos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación. Se nos permite el cobro de un arancel por la copia y el envío de esta información.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, detenidamente volvemos a ver toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La sección 6.6 explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o todo lo que solicitó**, debemos dar la cobertura que acordamos dar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta en los **siguientes 7 días calendario** después de recibir su solicitud. Le daremos nuestra decisión más pronto si no ha recibido el medicamento todavía y su condición médica requiere que lo hagamos.
 - Si no le damos una decisión dentro de un período de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la sección 6.6 se explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o todo lo que solicitó**, debemos dar la cobertura tan pronto como sea necesario por su salud, pero no más tarde de **7 días calendario** después de que hayamos recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Los plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta en **un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte de o todo lo que solicitó,** también debemos realizarle el pago dentro de un plazo de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es que no a una parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo apelar.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, eso significa que su apelación continuará al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Términos legales

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro proveedor que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que no a su apelación de nivel 1, la notificación escrita que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** a la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indican quién puede presentar esta Apelación de nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión en el período de tiempo correspondiente, o si tomamos una decisión no favorable con respecto a la determinación **en riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos su reclamo automáticamente a la IRE.
- Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su expediente del caso. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.** Tenemos permitido cobrarle por la copia y el envío de esta información.
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores en la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para la apelación rápida

- Si su salud lo necesita, solicite a la organización de revisión independiente que le dé una apelación rápida.
- Si la organización de revisión acepta darle una apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de nivel 2 **dentro de un período de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Fechas límite para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** después de que reciba su apelación si es por un medicamento que todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el plazo de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Para la apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente accede a todo o a una parte de lo que solicitó**, debemos darle la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión en el plazo **de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente accede a todo o a una parte de su solicitud de cobertura**, debemos darle la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente dice sí a parte o toda su solicitud de reembolso del pago** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en el plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión deniega su apelación?

Si esta organización dice que no a una **parte o a toda** su apelación, quiere decir que están de acuerdo nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama confirmar la decisión. También como rechazar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicar la decisión.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Notificarle del derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando cumple cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el nivel 2 es definitiva.
- Decirle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si quiere pasar a una apelación de nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de nivel 3. La sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le darán el alta demasiado pronto

Cuando se le admite a un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día que salga del hospital. Ellos ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital se llama su **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo dirán.
- Si considera que se le está pidiendo que salga del hospital muy pronto, puede solicitar una estancia en el hospital más larga y evaluaremos su solicitud.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.1 Durante su estancia en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sus derechos**

En el plazo de dos días después de ingresar en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero), pídale a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y siéntase en la libertad de hacer cualquier pregunta si no lo entiende. Lo informa de:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital.
- Dónde reportar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un atraso en su fecha del alta de manera que cubramos la atención en el hospital por más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.

- Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información acerca de sus derechos. El aviso no indica la fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.

3. Guarde su copia del aviso para que tenga disponible la información sobre cómo presentar una apelación (o reportar una preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si usted firma el aviso más de dos días antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de que se le programe su alta.
- Para ver una copia de este aviso con antelación puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También podrá ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado por un tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos u otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad en su estado y solicite una revisión de inmediato de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare acerca de Sus Derechos*) le dice cómo ponerse en contacto con esta organización. O busque el nombre, dirección y teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para hacer su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de irse del hospital y **no después de la medianoche del día en que le den el alta.**
 - **Si cumple esta fecha límite,** puede quedarse en el hospital *después* de su fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de su apelación de la organización para el mejoramiento de la calidad.
 - **Si no satisface esta fecha tope** y decide quedarse en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, *puede que tenga pagar todos los costos* del atención en el hospital que reciba después de la fecha en que se ha programado darlo de alta.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía quiere apelar, entonces debe hacerlo directamente a nuestro plan. Para obtener detalles acerca de esta otra manera para hacer su apelación consulte la sección 7.4.

Una vez solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con usted. A más tardar a mediodía del día después de que se comunique con nosotros le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le da su fecha planificada del alta y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de atención médica en la organización para el mejoramiento de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (a su representante) el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos avisaron de su apelación, usted recibirá de nosotros un aviso por escrito con su fecha del alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión dice que **sí, debemos seguir dándole servicios de hospital de paciente hospitalizado durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión dice que *no*, están diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** de atención en el hospital que reciba después del mediodía del día después de que la Organización de Mejora de Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de nivel 1 es “no”, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la organización para el mejoramiento de la calidad *denegó* su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, entonces puede poner otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--

Durante una Apelación de nivel 2, usted solicita a la organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de su estadía después de su fecha planificada para el alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de un periodo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad haya *denegado* su apelación de nivel 1. Usted podrá pedir esta revisión solamente si permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le darán su decisión.

Si la respuesta de la organización es sí

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad denegó su primera apelación. Debemos seguir dando cobertura para la atención hospitalaria como **paciente hospitalizado por el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización es no:

- Significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su apelación de nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si quiere pasar a una apelación de nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de nivel 3. La sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de nivel 1?

Términos legales

A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina apelación acelerada .

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explica arriba, debe actuar rápidamente para empezar su apelación del nivel 1 de su fecha de alta del hospital. Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización para el mejoramiento de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos*.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida:** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándar. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de la fecha de alta programada, para comprobar si el alta era correcta por razones médicas.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estancia en el hospital. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Vemos si la decisión de cuándo debe salir del hospital fue justa y si se siguieron todas las normas.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 72 horas después de que pida una revisión rápida.

- **Si la respuesta a su apelación es sí,** significa que estamos de acuerdo con usted de que aún necesita estar en el hospital después de la fecha del alta. Continuaremos prestándole los servicios cubiertos de hospital de paciente hospitalizado por el tiempo en que sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si decimos que no a su apelación,** estamos diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios finaliza a partir del día que dijimos cobertura habría terminado.
 - Si se quedó en el hospital después de la fecha en que se *había* programado darlo de alta, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** del cuidado de hospital que recibió después de la fecha en que se había programado darlo de alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelaciones de nivel 2

Términos legales
El nombre formal para la organización de revisión independiente es entidad de revisión independiente . A veces se la denomina IRE .

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un período de 24 horas a partir del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. La sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja.)

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- Los revisores en la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si la organización dice *sí* a su apelación**, debemos entonces pagarle nuestra parte de los costos de la atención en el hospital que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar la cobertura del plan de servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización dice *no* a su apelación**, eso significa que ellos están de acuerdo en que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le dirá cómo comenzar una apelación de nivel 3 con el proceso de revisión, del que se hace cargo un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si quiere avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores deniegan su apelación de nivel 2, usted decide si quiere aceptar la decisión o ir a la apelación de nivel 3.
- La sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura terminará muy pronto**

Sección 8.1 *Esta sección trata solo de tres servicios:*
Servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de servicios de enfermería y en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)

Cuando está obteniendo **servicios de atención en casa, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención por el tiempo en que el cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informárselo con anticipación. Cuando acabe su cobertura de ese cuidado, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su cuidado.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección dice cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 **Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura**

Términos legales

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede pedir una **apelación rápida**. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo dejaremos de cubrir su atención.

- 1. Usted recibió un aviso por escrito** por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. Este aviso le dice:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación por vía rápida para pedirnos que continuemos cubriendo su atención por un período de tiempo más largo.
- 2. A usted, o a alguien que actúe en su nombre, se le pedirá que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió.** Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información de cuándo va a terminar su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de detener la atención.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de nivel 1 para hacer que su plan cubra su cuidado durante más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha final de su atención es médicamente apropiada.

La **organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos u otros expertos de atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento para dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de nivel 1: comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad en su estado y solicite una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, dirección y teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación antes **del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** que consta en el Aviso de no cobertura de Medicare.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía quiere presentar una apelación, entonces debe hacerlo directamente a nosotros. Para obtener detalles acerca de esta otra manera para hacer su apelación consulte la sección 8.5.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Términos legales

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que tiene detalles de los motivos para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica en la organización para el mejoramiento de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha dado.
- Al final del día en que los revisores nos avisen de su apelación, usted recibirá de nosotros la **Explicación detallada de no cobertura** explicando en detalle nuestras razones para terminar nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los examinadores le darán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen sí?

- Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, entonces, **debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen no?

- Si los revisores dicen que *no*, su **cobertura cesará a partir de la fecha que le informamos.**
- Si decide continuar recibiendo el cuidado de salud en el hogar, o el cuidado de clínica de enfermería especializada, o los servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que termine su cobertura, entonces, **usted tendrá que pagar el costo completo** de este cuidado usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de nivel 1 es “no”, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores dicen que *no* a su apelación de nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después de que termine su cobertura de la atención, entonces puede presentar otra apelación de nivel 2.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para hacer que su plan cubra su cuidado durante más tiempo

Durante una apelación de nivel 2, usted solicita a la organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su Apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar todos los costos de su atención médica en el hogar o en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días siguientes** al día en que la Organización para la mejora de la calidad dijo que *no* a su Apelación de nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación, los examinadores decidirán acerca de su apelación y le darán su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir proporcionando cobertura** para el cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y existe la posibilidad de que apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es negativa?

- Eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión tomada respecto a su apelación de nivel 1.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si la respuesta es no, usted deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si quiere pasar a una apelación de nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de nivel 3. La sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de nivel 1?

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explicó antes en la sección 8.3, usted debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación (dentro de un período de un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de nivel 1

Términos legales

A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina **apelación acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una “revisión rápida”**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

Paso 2: Nosotros realizamos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre cuando terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volveremos a revisar toda la información de su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha para dar por terminada la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 72 horas después de que pida una revisión rápida.

- **Si decimos que sí a su apelación**, quiere decir que hemos acordado con usted que necesita servicios por más tiempo, y seguiremos prestando sus servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si decimos que no a su apelación**, entonces su cobertura acabará la fecha que le habíamos dicho y no pagaremos parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica en casa, en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esa atención.

Paso 4: Si respondemos “no” a su apelación acelerada, su caso será automáticamente elevado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Términos legales

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelaciones de nivel 2

Durante la Apelación de nivel 2, la **organización de revisión independiente** examina la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su apelación rápida. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un período de 24 horas a partir del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. La sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja.)

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- Los revisores en la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si esta organización dice *sí* a su apelación**, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaría su cobertura. Debemos seguir proporcionando la cobertura de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o por cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización dice *no* a su apelación**, eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto a su primera apelación y no la cambiarán.
 - El aviso que recibe de la organización de revisión independiente le indica por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con la apelación de nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente deniega su apelación, usted elige si quiere avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si quiere pasar a una apelación de nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador revisa la apelación de nivel 3. La sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y niveles posteriores

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una Apelación de nivel 1 y una Apelación de nivel 2 y ambas fueron denegadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de nivel 2 explicará cómo ponerse a presentar una apelación del nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de nivel 3: Un juez o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal, revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es sí, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.** A diferencia de una decisión en una apelación de nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación del nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o prestarle la atención médica en el plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de nivel 4 con la documentación necesaria. Podemos esperar la decisión de la Apelación de nivel 4 antes de autorizar o dar la atención médica en cuestión.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá habrá información de lo que debe hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4: El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* haber terminado o *no*.** A diferencia de una decisión en el nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted. Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle la atención médica dentro de los 60 días de calendario siguientes a recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación, el aviso que reciba lo informará de si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5 y cómo continuar con una apelación de nivel 5.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de nivel 5: Un juez en el **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si su solicitud *procede* o *no*. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del tribunal federal de distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una Apelación de nivel 1 y una Apelación de nivel 2 y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple un cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3: Un juez o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal, revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o darle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador **en el plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría, o no, haber terminado.***
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá habrá información de lo que debe hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4: El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o dar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo dentro de **72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría*, o *no*, haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso le dirá si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. También le dirá con quién debe comunicarse y qué debe hacer después si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5: Un juez en el **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si su solicitud *procede* o *no*. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del tribunal federal de distrito.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Considera que le está exhortando a retirarse del plan?

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le ha tocado esperar demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por Servicios para miembros u otro personal en el plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de examen o cuando le dan una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos el aviso necesario? • ¿Es nuestra información por escrito difícil de entender?
Oportunidad (Estos tipos de quejas están relacionados con nuestra <i>promptitud</i> en cuanto a nuestras decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación se presentan algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos las fechas límite para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo las fechas límite para cubrir o reembolsarle ciertos artículos médicos o medicamentos que estaban aprobados; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos las fechas límite necesarias para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo hacer una apelación de queja

Términos legales

- Una **queja** también se llama una **queja formal**.
- **Hacer una reclamación** también se conoce como **presentar una queja formal**.
- **Usar el proceso para quejarse** es otra manera de decir **usar el proceso para presentar una queja formal**.
- Una **queja rápida** también se llama una **queja acelerada**.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato - ya sea por teléfono o en escrito.

Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para miembros. Si hay algo más que necesita hacer, Servicios para miembros se lo hará saber.

- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnoslo.** Si pone su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Puede enviarnos su queja por escrito por fax al **602-544-5662** (para quejas estándar) o al **602-544-5655** (para quejas rápidas). Le responderemos por escrito en un plazo de 30 días calendario para una queja estándar y en 24 horas para una queja rápida.
- Para las quejas formales presentadas por escrito, la respuesta será por escrito. Para las quejas formales que recibamos verbalmente, la respuesta puede ser verbal o por escrito, a menos que se pida específicamente que sea por escrito.
- El aviso de las quejas formales expeditas se debe recibir no más tarde de 24 horas después de recibirlas.
- Cuando se necesite la notificación por escrito para quejas formales expeditas, nuestro plan puede darle inicialmente el aviso verbal de la decisión y entregarle una confirmación de la decisión por escrito en un plazo de 3 días calendario después del aviso verbal.

Nota: Una queja formal puede ser expedita solo por las siguientes razones:

- Está relacionada con una decisión de no aceptar su solicitud de agilizar una determinación o apelación inicial y (solo para la Parte D) usted todavía no ha obtenido el medicamento.
- Implica la decisión del plan de extender el período de tiempo relacionado con la determinación o apelación de una organización.
- El Plan debe completar la investigación sin demora según lo exija el caso, basado en su estado de salud, pero no más tarde de 30 días después de que se reciba la solicitud o en un plazo de 24 horas para las quejas formales expeditas. **Nota:** El plan puede tomar una extensión de 14 días si solicita la extensión o si el plan justifica la necesidad de más información y documenta cómo la demora es en su mejor beneficio. El plan debe avisarle rápidamente, por escrito, si se tomará la extensión y explicar el motivo de la demora.
- Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud a una respuesta rápida de cobertura o apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida. Si usted tiene una queja rápida, significa que le daremos una respuesta en el plazo de 24 horas.
- La **fecha límite** para presentar una queja es 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema del que quiere quejarse.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Es posible que le respondamos inmediatamente.** Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada.
- **Respondemos la mayoría de las quejas dentro de un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia o usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendarios más (44 días calendario total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud a una respuesta rápida de cobertura o apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si usted tiene una queja rápida, significa que le daremos una respuesta **en el plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o toda su queja, o no asumimos la responsabilidad por el problema sobre el que se está quejando, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 10.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es de la *calidad del cuidado*, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su queja directamente a la organización para el mejoramiento de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ala Organización de mejoramiento de la calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Blue Best Life Plus directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, diríjase a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar a 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Cómo cancelar su membresía en
el plan*

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

Terminar su membresía en Blue Best Life Plus puede ser **voluntario** (elección propia) o **involuntario** (no por elección propia):

- Puede que se vaya de nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse. En las Secciones 2 y 3 hay información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La sección 5 explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted se retira de nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionándole atención médica y medicamentos con receta y usted continuará pagando su parte del costo hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual
--

Usted puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el **Período anual de inscripción abierta**). Durante ese tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre su cobertura para el año siguiente.

- **El Período anual de inscripción** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiar a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare.
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin cobertura válida de medicamentos con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía terminará cuando la cobertura en nuestro nuevo plan** comience el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene oportunidad de hacerle *un solo* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiar a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía termina** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si usted también elige inscribirse en un plan Medicare de medicamentos con receta médica, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos con receta médica reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En algunas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de Blue Best Life Plus pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se llama un **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo algunos ejemplos, para conocer la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, cuando se ha trasladado.
- Si tiene Medicaid.
- Si tiene derecho a recibir “Ayuda adicional” para el pago de sus recetas de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si recibe cuidado en una institución, como un hogar de enfermería o un hospital de cuidado de largo plazo (LTC).
- **Nota:** Si está en un programa de manejo de medicamentos anual, es posible que no pueda cambiar de planes. El Capítulo 5, sección 10, le informa más sobre los programas de manejo de medicamentos.

Los períodos de tiempo de inscripción varían dependiendo de su situación.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene derecho a cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos con receta médica. Usted puede elegir:

- Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare.

O

- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin cobertura válida de medicamentos con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía acabará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta médica: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre terminar su membresía, puede:

- **Llame a Servicios para Miembros.**
- Obtenga la información en el manual *Medicare y usted 2024*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?

El siguiente cuadro explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. ▪ Automáticamente será dado de baja de Blue Best Life Plus cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">Medicare Original <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta médica de Medicare.Automáticamente será dado de baja de Blue Best Life Plus cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte.	<ul style="list-style-type: none">Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información de cómo hacerlo.También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.Se le dará de baja de Blue Best Life Plus cuando empiece su cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía, y empieza su nueva cobertura de Medicare, debe seguir obteniendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores dentro de la red para recibir la atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias o pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **Si lo hospitalizan el día en que finaliza su membresía, su estancia en el hospital la cubrirá nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si es después de que se inicie su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Blue Best Life Plus debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--

Blue Best Life Plus debe terminar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de las siguientes:

- Si ya no tiene la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan.
- Si se le encarcela (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni está legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u omite información sobre otro seguro que tenga que dé cobertura de medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
- Si continuamente se comporta de una manera que es perjudicial y eso hace que nos sea difícil brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
- Si usted permite que alguien use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
 - Si terminamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si no paga las primas del plan durante 90 días.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene 90 días para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.
- Si tiene que pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare le dará de baja de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos con receta médica.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2 Nosotros <u>no</u> podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con salud
--

Blue Best Life Plus no puede pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted considera que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para darla por terminada. Además debemos explicarle como puede presentar una queja o una queja formal acerca de nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y las reglamentaciones creadas según la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se incluyan ni expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nosotros no discriminamos por raza, origen étnico, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado médico, experiencia de reclamos, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales en contra de la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación de Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y todas las demás leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y norma que se apliquen por cualquier otra razón.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, por favor llame al Departamento de Servicios Humanos y de Salud de la **Oficina de Derechos civiles** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a atención, llámenos a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, tal como un problema con acceso para sillas de rueda, Servicios para miembros le puede ayudar.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el principal pagador. De acuerdo con las regulaciones de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, Blue Best Life Plus, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a la D de la parte 411 de 42 CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 4 Declaración de revelación

Usted, el miembro, por este medio reconoce expresamente su comprensión de que esta póliza es un contrato únicamente entre usted y Blue Cross Blue Shield of Arizona (Su Blue Plan), que es una corporación independiente operando con una licencia de Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSA), una asociación independiente de Blue Cross and Blue Shield Plans. BCBSA permite que Su Blue Plan use las marcas de servicio de Blue Cross and Blue Shield en Arizona, y Su Blue Plan no está estableciendo un contrato como el agente de BCBSA. Además, usted reconoce y acepta que no ha entrado en esta póliza basado en declaraciones de cualquier persona que no sea Su Blue Plan y que ninguna persona, entidad ni organización que no sea Su Blue Plan será responsable ante usted por cualquiera de las obligaciones de Su Blue Plan con usted creadas según esta póliza. Este párrafo no creará ninguna obligación adicional de Su Blue Plan que no sean las obligaciones creadas según otra disposición de esta póliza.

BCBSAZ Advantage, una subsidiaria independiente, pero de propiedad absoluta de BCBSAZ, ofrece planes Blue Best Life Plus Classic y Plus HMO.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Apelación: Una apelación es algo que se hace si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de los servicios de atención médica o medicamentos con receta o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo.

Área de servicio: Un área geográfica donde debe vivir usted para inscribirse en un plan médico particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Asistente de atención médica en casa: Una persona que presta servicios que no necesitan las competencias de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios recetados).

Atención de apoyo: La atención de apoyo es atención personal que se proporciona en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro entorno cuando no tiene atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Cuidado de compañía, que lo dan personas que no tienen las capacidades ni la formación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas se brindan a sí mismas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no paga por la atención de apoyo.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos sobre una base continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede administrarlas un enfermero o un médico.

Autorización previa: Aprobación por anticipado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

“Ayuda adicional”: Un programa de Medicare o de un estado para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Biosimilar: Medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares generalmente funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares generalmente requieren una nueva receta para sustituir el producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten sustituir el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

Cancelar inscripción o Cancelación de inscripción: El proceso de dar por terminada su membresía en nuestro plan.

Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF): Un centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión,

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno de la casa.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios para pacientes que no requieren hospitalización y que se espera que la estancia en el centro no sea superior a 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare.

Cobertura aceptable de medicamentos con receta médica: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando adquieren elegibilidad para Medicare, generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare más adelante.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para ayudar a pagar por los medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y otros suministros no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare para pacientes ambulatorios.

Copago: Una cantidad que se le pedirá que pague como su parte de los costos por un servicio médico o suministro, como una visita al médico, visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento con receta médica. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo \$10) y no un porcentaje.

Coseguro: Una cantidad que se le puede pedir que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta.

Costo compartido: Costo compartido se refiere al monto que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto se agrega a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos, (2) cualquier cantidad fija de copago que un plan requiere cuando se recibe un determinado servicio o medicamento, o (3) cualquier cantidad de coseguro, un porcentaje de la cantidad total que se paga por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Cuidados de emergencia: Los servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para dar servicios de emergencias, y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición de emergencia médica.

Deducible: La cantidad que usted debe pagar por la atención médica o recetas antes de que pague nuestro plan.

Determinación de organización: Una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se llaman “decisiones de cobertura” en este documento.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Determinación relacionada con la cobertura: Una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y la cantidad que usted debe pagar por la receta, si es el caso. En general, si usted lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que su plan no cubre la receta médica, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal acerca de la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca (y si está embarazada, la pérdida de un niño no nacido, pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): Cierta equipo médico que su médico solicita por razones médicas. Los ejemplos incluyen sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para diabéticos, bombas de infusión de línea intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores ordenados por un proveedor para usar en casa.

Estancia en el hospital como paciente hospitalizado: Una estancia en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, que podría ser considerado un paciente ambulatorio.

Etapas de Cobertura Catastrófica (Catastrophic Coverage Stage): Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro menor por sus medicamentos después de que usted u otras personas autorizadas en su nombre hayan gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No pagas nada.

Etapas de cobertura inicial: Esta es la etapa antes de sus costos totales por medicamentos, incluso las cantidades que usted pagó y que su plan ha pagado por usted en el año alcancen \$5,030.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de Divulgación: (Evidence of Coverage (EOC) and Disclosure Information): Este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, que explican la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Excepción: Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (formulario) (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan obliga a que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos).

Facturación del saldo: Una situación en la que un proveedor (por ejemplo, un médico u hospital) le factura a un paciente por un monto mayor que el costo compartido de los servicios. Como miembro de Blue Best Life Plus, solo debe pagar la cantidad de costo compartido que le corresponde cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o de lo contrario se cobra más de la cantidad de participación en los costos de su plan dice que usted tiene que pagar.

Farmacia de la red: Una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden buscar información de beneficios y formularios completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados y específicos del afiliado. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o dar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de bolsillo: Vea la definición de costos compartidos arriba. El requisito de costo compartido de los miembros de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de costo de bolsillo del miembro.

Hospicio: Un beneficio que ofrece tratamiento especial para un miembro al que certificaron medicamento como enfermo terminal, lo que quiere decir que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, como su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando primas, usted continúa siendo un miembro de nuestro plan. Eso quiere decir que puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, como así también los beneficios adicionales que ofrecemos.

Indicación medicamento aceptada: El uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que tiene el respaldo de ciertos libros de referencia.

Ingreso suplementario de seguridad (SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o que

tienen 65 años de edad o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro social.

Límite de cobertura inicial: El límite máximo de cobertura de acuerdo a la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: Una herramienta de gestión que se ha diseñado para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o para un período de tiempo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): Una lista de los medicamentos con receta médica cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia médica): Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid del estado varían, pero la mayor parte de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como Medicaid.

Medicamento necesario: Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: Un medicamento con receta médica que lo fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen una fórmula con un ingrediente activo igual al de la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles sino hasta después de que la patente del medicamento de marca haya caducado.

Medicamentos cubiertos: El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicamentos genéricos: Un medicamento con receta médica que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona de la misma manera que un medicamento de marca y generalmente el costo es menor.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare Pago por servicio): Medicare Original lo ofrece el gobierno y no un plan médico privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. De acuerdo con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, los montos de pago que establece el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto que aprueba Medicare y usted paga su parte. Medicare

Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

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

Miembro (Miembro de nuestro plan o Miembro del plan): Una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado al ingreso (IRMAA): Si sus ingresos brutos ajustados modificados como los declaró en su declaración de impuestos de IRS de hace dos años es superior a cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y una cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount), también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos de un 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no deberá pagar una prima mayor.

Monto máximo de gastos de bolsillo: La cantidad máxima que usted paga de bolsillo durante el año calendario para los servicios dentro de la red cubiertos de la Parte A y Parte B. Los montos que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta médica no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: Una cantidad que se suma a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si pasa sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare) por un período continuo de 63 días o más después de la primera vez que sea elegible para participar en un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido: Todos los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos cubiertos pertenecen a uno de los seis niveles de costo compartido. En general, lo más alto el nivel de costo compartido, lo más caro que le será el costo por el medicamento.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): Es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare.

Parte C: Vea Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: El programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período anual de inscripción: El período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de beneficios: La forma en que nuestro plan mide su uso de los servicios de un centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

ha recibido atención especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si usted ingresa al Centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha finalizado, entonces comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite al número de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: El período de tiempo del 1 de enero al 31 de marzo cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener la cobertura por medio de Medicare Original. Si decide cambiar a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción especial: Un tiempo determinado en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones que le pueden dar el derecho de usar un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si obtiene “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta médica, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: Cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales por condiciones crónicas: Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2. Un C-SNP, que incluye la restricción de la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Plan de necesidades especiales: Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece atención médica más enfocada a grupos específicos de personas, tales como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, los que residen en un hogar de ancianos o que sufren de ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): Un Plan de organización de proveedores preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado atender a los miembros del plan por un monto especificado. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. El costo compartido de los miembros generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se reciban de los proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los gastos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre los gastos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan Institucional de Necesidades Especiales (SNP): Un plan que inscribe a las personas elegibles que residen continuamente o que se espera que residan de manera continua por

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

90 días o más en un centro de atención de largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), centro de enfermería (NF), (SNF/NF), centro de atención intermedia para personas con discapacidades mentales (ICF/IID), un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por CMS que prestan servicios de atención médica similares a largo plazo, que están cubiertos según la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de otros tipos de centros mencionados. Un plan institucional de necesidades especiales debe contar con un acuerdo contractual con (o ser propietario y operador) el o los centros de LTC específicos.

Plan institucional de necesidades especiales equivalente (SNP): Un plan que inscribe a las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que necesitan cierto nivel institucional de atención basándose en la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse con la misma herramienta de evaluación del nivel de atención estatal respectiva y deberá realizarla una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vivienda asistida (ALF) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de la atención especializada.

Plan Medicare Advantage (MA): En ocasiones llamado la Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para darle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser una i) HMO, ii) PPO, un iii) Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta médica). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta médica.**

Plan médico de Medicare: Un plan médico de Medicare lo ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para dar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Programas de demostración/piloto y los Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE).

Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad Social) y a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (Seguro suplementario a Medicare) (Medigap (Medicare Supplement Insurance) Policy): Seguro suplementario a Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para cubrir periodos sin cobertura en el Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para cobertura de salud o cobertura de medicamentos con receta médica.

Producto biológico: Un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros fármacos y no pueden copiarse exactamente, por lo

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares generalmente funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa de Descuentos durante el Período sin cobertura de Medicare: Programa que da descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a los miembros de la Parte D que han alcanzado la Etapa de período sin cobertura y que aún no reciben “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos.

Prótesis y aparatos ortopédicos: Dispositivos médicos incluyendo, entre otros, soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, incluyendo suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas médicos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar y prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores dentro de la red también se les llama **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni operados por nuestro plan.

Queja: El nombre formal para “hacer un reclamo” es presentar una queja. El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que reciba. También incluye quejas si su plan no cumple los períodos de tiempo en el proceso de apelaciones.

Queja: Un tipo de queja que usted hace sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Esto no involucra las disputas de cobertura ni el pago.

Remisión: Los planes HMO exigen una remisión de su PCP designado para la mayoría de las visitas a especialistas. Cuando su PCP lo remita a otros proveedores, estos deben estar en la red de su plan. Si se necesita una remisión y usted no la obtiene, su plan médico no cubrirá el costo de esa visita al especialista.

Servicios cubiertos por Medicare: Los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye otros beneficios, como de la vista, dental o auditivo, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de acupuntura: Los servicios de acupuntura son servicios prestados o puestos a disposición de un miembro por un proveedor de servicios de acupuntura contratado (o por un proveedor de servicios de acupuntura no contratado, en el caso de servicios de emergencia o servicios urgentes) para el tratamiento o diagnóstico de trastornos musculoesqueléticos, trastornos relacionados, náusea y dolor. Acupuntura significa la estimulación de ciertos puntos en o cerca de la superficie del cuerpo insertando y retirando agujas de un solo uso, esterilizadas y desechables o con estimulación eléctrica (electroacupuntura) para normalizar las funciones fisiológicas, prevenir o modificar la percepción del dolor y tratar trastornos musculoesqueléticos, trastornos relacionados, náusea o condiciones que incluyan dolor como síntoma principal. Además, puede incluir servicios como modalidades de fisioterapia adyuvante y procedimientos hechos durante el mismo curso del tratamiento y en apoyo a los servicios de acupuntura.

Servicios de masaje terapéutico: Son servicios prestados por un proveedor contratado para el tratamiento de trastornos miofasciales/musculoesqueléticos, trastornos funcionales musculoesqueléticos, síndromes de dolor o linfedema por medio de acciones físicas, principalmente con la mano, hechas en el cuerpo. Esto puede incluir técnicas como compresión, frotación, movimiento de articulaciones, fricción, vibración y percusión.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios necesarios de urgencia: Servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, prestados cuando los proveedores dentro de la red no están disponibles ni accesibles temporalmente o cuando el miembro está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de inmediato y deben ser medicamente necesarios.

Servicios para miembros: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Servicios quiroprácticos: Son los servicios de manipulación quiropráctica prestados por un quiropráctico contratado (o por un quiropráctico no contratado en el caso de servicios de emergencia o servicios urgentes) para el tratamiento o diagnóstico de trastornos musculoesqueléticos, trastornos relacionados y síndromes de dolor. Los servicios quiroprácticos por lo general están limitados al manejo de trastornos musculoesqueléticos, trastornos relacionados y síndromes de dolor principalmente por medio de manipulación quiropráctica de la columna vertebral, articulaciones o tejido blando musculoesquelético. Esto incluye: 1) exámenes de diagnóstico diferencial y radiografías de diagnóstico relacionadas, consultas de radiología y estudios de laboratorio clínico cuando se usan para determinar la idoneidad de los servicios quiroprácticos, y 2) las consultas de seguimiento en el consultorio que deben incluir la manipulación quiropráctica de la columna vertebral, articulaciones o tejido blando musculoesquelético durante el curso del tratamiento. Además, puede incluir servicios como modalidades de fisioterapia adyuvante y procedimientos hechos durante el mismo curso de tratamiento y en apoyo a la manipulación quiropráctica de la columna vertebral, articulaciones o tejido blando musculoesquelético. También puede incluir servicios preventivos y otros servicios especiales como está definido en el resumen correspondiente del cliente.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Subsidio de bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

Tarifa de suministro: Un cargo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que toma el farmacéutico para preparar y empacar la receta médica.

Tasa de costo compartido diario: Se puede aplicar una tasa de costo compartido diario cuando su médico le recete menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba efectuar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes. Se presenta, a continuación, un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, entonces su tasa de costo compartido diario es de \$1 por día.

Tratamiento alternativo: Una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le había recetado inicialmente.

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo. Damos asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como intérpretes calificados e información por escrito en otros formatos, como letra grande y formatos electrónicos accesibles. También prestamos servicios de idiomas gratis a personas cuyo idioma principal no es inglés, como intérpretes calificados e información por escrito en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al **1-800-446-8331** (usuarios de TTY: **711**).

Español: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-446-8331** (TTY: **711**).

Navajo (Diné): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti' go Diné Bizaad, saad bee áká' ánída' áwo' deęę, t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí hódíílnih **1-800-446-8331** (TTY: **711**).

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-446-8331. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-446-8331. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费^的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-800-446-8331。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-800-446-8331。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-446-8331. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-446-8331. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-446-8331 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-446-8331. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-446-8331 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-446-8331. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليرس علي كسوى الاتصال بنا على 1-800-446-8331. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-446-8331 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-446-8331. Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-446-8331. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-446-8331. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-446-8331. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-446-8331にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Navajo: T'áa hait'éego da ats'íís baa'áhayá doodago azee' aanídaa'níí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąqah na'ídkid nee hólóogo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áa jíik'eh nihee hóló. Ata' halne'í ta' yíníkeedg kohj'í 1-800-446-8331 nihich'í'í hodílnih. T'áa háida Bilagáana Bizaad yee yáfti'ígíí ta' níká'iilyeed dooleet. Díí t'áa jíik'eh bee níká'iilyeed dooleet.

Servicio para Miembros de Blue Best Life Plus

Método	Información de contacto del Servicio para Miembros
LLAME	480-937-0409 (en Arizona) o 1-800-446-8331 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. El Servicio para Miembros también incluye servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	Servicio de retransmisión: 711 en todo el país Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
FAX	602-544-5662
ESCRIBA A	Blue Cross Blue Shield of Arizona P.O. Box 29234 Phoenix, AZ 85038 Correo electrónico: ContactAdvantage@azblue.com
SITIO WEB	azblue.com/medicare

Arizona State Health Insurance Assistance Program

Arizona State Health Insurance Assistance Program (Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos de Arizona) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para darles orientación local gratuita sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME	602-542-4446 o 1-800-432-4040 (línea directa en todo el estado para dejar un mensaje)
TTY	Servicio de retransmisión: 711 en todo el país Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA A	DES Division of Aging and Adult Services Arizona State Health Insurance Assistance Program 1789 W. Jefferson Street, #950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance

Declaración de divulgación según la PRA Según Paperwork Reduction Act (Ley de reducción de trámites administrativos) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recogida de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association