



Blue Cross Community MMAI
(Medicare-Medicaid Plan)SM

Blue Cross Community MMAI
(Medicare-Medicaid Plan)SM

Manual para Asegurados

1 de enero de 2025 - 31 de diciembre de 2025

Llame a Servicio al Asegurado al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [**www.bcbsil.com/mmai**](http://www.bcbsil.com/mmai)

Su Cobertura Médica y de Medicamentos bajo Blue Cross Community MMAI Medicare-Medicaid Plan

Introducción al *Manual del Asegurado*

En este manual se le informa acerca de su cobertura durante el tiempo que esté inscrito con Blue Cross Community MMAI (Medicare-Medicaid Plan) hasta el 31 de diciembre de 2025. Explica los servicios de atención médica, cobertura de salud conductual, cobertura para medicamentos con receta y servicios y apoyos a largo plazo. Los apoyos y servicios médicos a largo plazo incluyen atención médica a largo plazo y servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (HCBS, en inglés). Los programas de exención de HCBS pueden ofrecer servicios que lo ayudarán a permanecer en su hogar y en la comunidad. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Asegurado*.

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

Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) ofrece el plan Blue Cross Community MMAISM. Cuando en este *Manual del Asegurado* se mencionen las palabras "nosotros", "nos" o "nuestro", significa BCBSIL. Los términos "plan" o "nuestro plan" se refieren a Blue Cross Community MMAI.

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema Braille, audio o en letra de molde grande. Llame al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. Una vez que se solicite, Servicio al Asegurado siempre le enviará materiales en el idioma o formato elegido (por ejemplo, impreso de gran tamaño, braille o audio) hasta que solicite cambiarlo. El servicio es gratuito.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

Tabla de contenido

Su cobertura Médica y de Medicamentos bajo el Blue Cross Community MMAI (Medicare-Medicaid Plan).....	1
Exenciones de responsabilidad	7
Capítulo 1: Inicio como asegurado	7
A. Le damos la bienvenida a Blue Cross Community MMAI	11
B. Información acerca de Medicare y Medicaid	11
C. Ventajas de este plan	12
D. Área de servicio de Blue Cross Community MMAI	13
E. ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como asegurado del plan?	13
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un seguro de gastos médicos	14
G. Su plan de atención	15
H. Prima mensual del plan Blue Cross Community MMAI.....	15
I. El <i>manual del asegurado</i>	15
J. Otra información importante que obtendrá de nosotros	16
K. Cómo mantener su perfil de inscrito actualizado	20
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	22
A. Cómo comunicarse con el Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI.....	24
B. Cómo comunicarse con su coordinador de servicios médicos	28
C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermería.....	30
D. Cómo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual.....	31
E. Cómo comunicarse con el Programa de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada (SHIP).....	32
F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	33
G. Cómo comunicarse con Medicare	34
H. Cómo comunicarse con Medicaid.....	35
I. Cómo comunicarse con la Línea de Ayuda de Beneficios de Salud de Illinois.....	36

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

J. Cómo comunicarse con el Programa del Defensor del Consumidor a Domicilio de Illinois	37
K. Otros recursos	37
L. Fraude, desperdicio, abuso y negligencia	40

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios incluidos42

A. Información acerca de los “servicios”, “servicios incluidos”, “proveedores” y “proveedores que forman parte de la red”	45
B. Reglas para obtener su atención médica, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) incluidos en el plan	45
C. Información sobre su coordinador de servicios médicos	47
D. Atención de profesional de la salud primaria, especialistas, otros proveedores que forman parte de la red y proveedores que no forman parte de la red	50
E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)	56
F. Cómo obtener servicios de salud conductual	57
G. Cómo obtener cuidados autodirigidos.....	58
H. Cómo obtener servicios de transportación	59
I. Cómo obtener servicios incluidos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica inmediata o durante una catástrofe.....	60
J. Qué hacer si le facturan directamente por servicios incluidos en el plan	64
K. ¿Cómo se incluyen sus servicios de atención médica cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?.....	65
L. Cómo están incluidos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud	67
M. Equipo médico duradero (DME)	68

Capítulo 4: Tabla de beneficios71

A. Sus servicios incluidos	72
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios	72
C. Tabla de Beneficios de nuestro plan.....	73

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

D. La Tabla de Beneficios	75
E. Los beneficios para visitantes o viajeros de nuestro plan	124
F. Beneficios incluidos fuera de Blue Cross Community MMAI	124
G. Beneficios sin cobertura de Blue Cross Community MMAI, Medicare o Medicaid	125
H. Nuevos tratamientos y tecnologías médicas.....	127

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes no hospitalizados a través del plan 128

A. Obtención de sus recetas médicas	131
B. Lista de medicamentos del plan.....	137
C. Límites de algunos medicamentos.....	141
D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar incluido.....	143
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	146
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	149
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos	151

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de Medicare y Medicaid 154

A. La <i>Explicación de Beneficios</i> (EOB)	157
B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos	158
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo.....	160
D. Vacunas	162

Capítulo 7: Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos incluidos 163

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos	164
B. Cómo enviar una solicitud de pago.....	167

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



C. Decisiones de cobertura.....	167
D. Apelaciones.....	168

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades 169

A. Su derecho a obtener información de una manera que satisfaga sus necesidades	172
B. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios incluidos.....	173
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	175
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, los proveedores que forman parte de la red y los servicios incluidos	176
E. Incapacidad de los proveedores que forman parte de la red de facturarle directamente	178
F. Su derecho a salirse del plan.....	178
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	179
H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	182
I. Sus responsabilidades como asegurado del plan	183

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 186

A. Qué hacer si tiene algún problema.....	189
B. A dónde llamar para pedir ayuda.....	189
C. Problemas con sus beneficios	191
D. Decisiones y apelaciones de la cobertura.....	192
E. Problemas de atención médica	197
F. Medicamentos Parte D.....	216
G. Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en un hospital por más tiempo	232

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



H. Qué hacer si cree que su atención médica en el hogar, atención de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral para pacientes no hospitalizados (CORF) terminan demasiado pronto	239
I. Llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	245
J. Cómo presentar una queja.....	246

Capítulo 10: Cómo cambiar o terminar su calidad de asegurado en nuestro Medicare-Medicaid Plan252

A. Cuándo puede terminar su calidad de asegurado en nuestro Medicare-Medicaid Plan	253
B. Cómo terminar su calidad de asegurado en nuestro plan	254
C. Cómo unirse a un Medicare-Medicaid Plan diferente	255
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado.....	255
E. Siga obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través del plan hasta que su calidad de asegurado haya terminado.....	258
F. Otras situaciones cuando acaba su calidad de asegurado.....	259
G. Reglas en caso de que se le solicite abandonar nuestro plan debido a algún motivo relacionado con la salud.....	260
H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su calidad de asegurado en nuestro plan.....	260
I. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su calidad de asegurado en el plan	261

Capítulo 11: Avisos legales262

A. Aviso sobre las leyes	263
B. Aviso sobre la no discriminación	263
C. Aviso sobre Blue Cross Community MMAI como pagador secundario	263
D. Confidencialidad del paciente y aviso de las normas de privacidad	265

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes266

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Exenciones de responsabilidad

- La cobertura bajo Blue Cross Community MMAI es una cobertura médica apta que se denomina "cobertura esencial mínima". Cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre los requisitos de la responsabilidad compartida individual.
- Blue Cross Community MMAI es un seguro de gastos médicos con contratos con Medicare y con Illinois Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- MDLIVE es una compañía aparte que opera y administra las Consultas Virtuales para Blue Cross and Blue Shield of Illinois. MDLIVE es la única responsable de sus acciones y de aquellas de sus proveedores contratados. MDLIVE® y el logotipo de MDLIVE son marcas registradas de MDLIVE, Inc., y no se pueden usar sin autorización.
- Blue Cross®, Blue Shield® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.
- La *Lista de medicamentos incluidos* o la red de farmacias y proveedores puede cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de realizar un cambio que le afecte.
- SilverSneakers® es un programa de bienestar que pertenece a la compañía independiente Tivity Health, Inc. y es administrado por esta. Tivity Health y SilverSneakers® son marcas registradas o marcas comerciales de Tivity Health, Inc., sus subsidiarias o filiales en EE. UU. u otros países.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- MyPrime.com es un sitio web de beneficios de farmacia que pertenece a Prime Therapeutics LLC y está operado por esta, una compañía aparte que ofrece servicios de administración de beneficios de farmacias para su plan.
- Prime Therapeutics LLC proporciona servicios de administración de beneficios de farmacia para Blue Cross and Blue Shield of Illinois, y pertenece a 19 planes de Blue Cross and Blue Shield, subsidiarias o filiales de esos planes.
- Prime Therapeutics LLC es una compañía de administración de beneficios de farmacia, contratada por Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) para brindar servicios de administración de beneficios de farmacia. BCBSIL, así como varios otros planes independientes de Blue Cross and Blue Shield, quiere mantener una participación en Prime Therapeutics.
- Walgreens Mail Service está contratado para proporcionar servicios de correo de farmacia a los asegurados de Blue Cross Community MMAI.
- Amazon Pharmacy está contratada para proporcionar servicios farmacéuticos de entrega a domicilio para Blue Cross Community MMAI.
- Blue Cross®, Blue Shield® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.
- Express Scripts® Pharmacy es una farmacia contratada para proporcionar servicios de farmacia con entrega por correo a los asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Illinois.
- Express Scripts® Pharmacy es una marca comercial de Express Scripts Strategic Development, Inc.
- Convey Health Solutions, Inc., es una compañía independiente que ofrece beneficios Medicare complementarios, como medicamentos sin receta y otros suministros médicos en nombre de Blue Cross and Blue Shield of Illinois.
- Para preguntas sobre el proceso de inscripción, llame al siguiente teléfono: Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois: 1-877-912-8880, de lunes a viernes,

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. La llamada y la ayuda son gratuitas. Sitio web: enrollhfs.illinois.gov

- Blue Cross Community MMAI (Medicare-Medicaid Plan) es proporcionado por Health Care Service Corporation, una compañía mutual de reserva legal (HCSC, en inglés), un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC es un seguro de gastos médicos con contratos con Medicare y con Illinois Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas. La inscripción en el plan de HCSC depende de la renovación del contrato.

Capítulo 1: Inicio como asegurado

Introducción

En este capítulo se incluye información acerca de Blue Cross Community MMAI, un seguro de gastos médicos que incluye todos los servicios de Medicare y Medicaid, y su calidad de asegurado en este. También le dice qué esperar y qué otra información obtendrá de Blue Cross Community MMAI. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *manual del asegurado*.

Tabla de contenido

A. Le damos la bienvenida a Blue Cross Community MMAI	11
B. Información acerca de Medicare y Medicaid	11
B1. Medicare.....	11
B2. Medicaid	11
C. Ventajas de este plan	12
D. Área de servicio de Blue Cross Community MMAI	13
E. ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como asegurado del plan?	13
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un seguro de gastos médicos	14

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

G. Su plan de atención	15
H. Prima mensual del plan Blue Cross Community MMAI.....	15
I. El <i>manual del asegurado</i>	15
J. Otra información importante que obtendrá de nosotros	16
J1. Su tarjeta de asegurado de Blue Cross Community MMAI.....	16
J2. <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i>	17
J3. <i>Lista de medicamentos incluidos</i>	19
J4. <i>La Explicación de Beneficios</i>	19
K. Cómo mantener su perfil de inscrito actualizado	20
K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)	21

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



A. Le damos la bienvenida a Blue Cross Community MMAI

Blue Cross Community MMAI es un Medicare-Medicaid Plan. Un Medicare-Medicaid Plan es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyo y servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de cuidados y grupos de cuidados, quienes lo ayudan a usted a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

Blue Cross Community MMAI fue aprobado por el estado de Illinois y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para proporcionarle los servicios como parte de la iniciativa de alineación de Medicare y Medicaid.

La iniciativa de alineación de Medicare y Medicaid es un programa de demostración conjuntamente operado por Illinois y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y Medicaid. En esta demostración, el gobierno federal y estatal desean probar nuevas formas de mejorar la manera en que usted obtiene sus servicios de atención médica de Medicare y Medicaid.

B. Información acerca de Medicare y Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de médico para las siguientes personas:

- personas de 65 años de edad o mayores,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- con enfermedades renales en fase terminal (insuficiencia renal).

B2. Medicaid

Medicaid es un programa operado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos. Incluye servicios y medicamentos adicionales sin cobertura de Medicare.

Cada estado decide lo siguiente:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién es elegible,

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- qué servicios están incluidos, **y**
- el costo de los servicios.

Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, con la condición de que respeten las normas federales.

Medicare e Illinois deben aprobar anualmente el Blue Cross Community MMAI. Usted puede obtener servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan siempre que:

- nosotros decidamos ofrecer el plan **y**
- Medicare y el estado de Illinois aprueben el plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, no se verá afectada su elegibilidad para servicios de Medicare y Medicaid.

C. Ventajas de este plan

Ahora obtendrá todos sus servicios incluidos de Medicare y Medicaid de Blue Cross Community MMAI, incluidos los medicamentos con receta. **Usted no paga dinero adicional para inscribirse en este seguro de gastos médicos.**

Blue Cross Community MMAI lo ayudará a que sus beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor juntos para usted. Algunas de las ventajas incluyen las siguientes:

- Podrá trabajar con **un** seguro de gastos médicos **todas** sus necesidades de seguro médico.
- Tendrá un grupo de atención médica que ayudó a constituir. Su grupo de atención médica puede incluir médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de la salud que estén cerca para ayudarlo a obtener la atención que usted necesita.
- Tendrá un coordinador de servicios médicos. Se trata de una persona que trabaja con usted, con Blue Cross Community MMAI y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que obtenga la atención médica que necesita.
- Podrá dirigir su propia atención médica con la ayuda de su grupo de atención médica y su coordinador de servicios médicos.
- El grupo de atención médica y el coordinador de servicios médicos trabajarán con usted para desarrollar un plan de cuidado específicamente diseñado para

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



satisfacer sus necesidades de salud. El grupo de atención médica será responsable de coordinar los servicios que usted necesita. Esto significa, por ejemplo:

- El equipo de atención médica se asegurará de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para poder reducir cualquier efecto secundario.
- Su equipo de atención médica se asegurará de que los resultados de sus pruebas médicas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores.

D. Área de servicio de Blue Cross Community MMAI

Los planes de Blue Cross Community MMAI (Medicare-Medicaid Plan) están disponibles en todos los condados de Illinois.

Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Blue Cross Community MMAI.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8, Sección 1 para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera del área de servicio.

E. ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como asegurado del plan?

Usted es elegible para nuestro plan si cumple con las siguientes condiciones:

- vive en un área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicios, incluso si se encuentran ubicadas físicamente en él) **y**
- tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B **y**
- es elegible para Medicaid **y**
- es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente de manera legal en los Estados Unidos **y**
- tiene 21 años o más al momento de la inscripción **y**
- está inscrito en la ayuda de Medicaid para la categoría de asistencia a ancianos, ciegos y discapacitados **y**

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

- si cumple con todos los otros criterios de demostración y está en uno de los siguientes programas de exención 1915(c) de Medicaid:
 - personas de edad avanzada;
 - personas con discapacidad;
 - personas con VIH/SIDA;
 - personas con lesión cerebral; o
 - personas que residen en centros de vida asistida.

F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un seguro de gastos médicos

Cuando se inscribe por primera vez en el plan, obtendrá una evaluación de riesgos a la salud dentro de los primeros 90 días.

La Evaluación de riesgos a la salud (HRA, en inglés) se completa anualmente con un experto en salud del plan. Se realiza en persona o por teléfono. Durante la HRA, el entrevistador:

- Revisa su información personal.
- Le indicará cómo encontrar un PCP o un especialista.
- Le dirá cómo comunicarse con su coordinador de servicios médicos.
- Le avisará si tendrá una consulta en su hogar o en un centro de atención médica a largo plazo.
- Le brindará una evaluación de salud más detallada, si es necesario.

Si esta es su primera vez en un Medicare-Medicaid Plan, puede seguir consultando a sus médicos actuales durante 180 días. **Si se cambió a Blue Cross Community MMAI de un Medicare-Medicaid Plan diferente**, puede seguir consultando a sus médicos actuales durante 90 días.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

El estado de Illinois señala que su seguro de gastos médicos debe permitirle seguir viendo a su médico durante al menos 90 días después de unirse al plan si su médico no forma parte de la red del seguro de gastos médicos. Blue Cross Community MMAI le brinda 180 días para seguir viendo a su médico.

Después de 180 días, deberá acudir a los médicos y otros proveedores en la red de Blue Cross Community MMAI. Un proveedor que forma parte de la red es un proveedor que trabaja con el seguro de gastos médicos. Consulte el Capítulo 3, Sección D, para obtener más información sobre cómo conseguir atención médica.

G. Su plan de atención

Su plan de cuidado es el plan sobre los servicios sociales, funcionales y médicos, así también como conductuales y de apoyo a largo plazo que obtendrá, y cómo los obtendrá.

Después de su evaluación de riesgos a la salud, su equipo de atención médica se reunirá con usted para hablar sobre los servicios que usted necesita y desea. Juntos, usted y su equipo de atención médica harán un plan de cuidados.

Cada año, su equipo de atención médica trabajará con usted para actualizar su plan de cuidados si cambian los servicios que necesita y desea.

Si usted recibe servicios de exención basados en el hogar y la comunidad en este momento, también tendrá un plan de servicio. El plan de servicio enumera los servicios que obtendrá y con qué frecuencia los obtendrá. Este plan de servicio pasará a formar parte de su plan de cuidados general.

H. Prima mensual del plan Blue Cross Community MMAI

Blue Cross Community MMAI no tiene una prima mensual del plan.

I. El *manual del asegurado*

Este *Manual del Asegurado* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que tenemos que seguir todas las reglas en este documento. Si usted considera que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, puede apelar o impugnar nuestra acción.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Para obtener información acerca de cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del Asegurado* llamando al Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY 711). También puede consultar el *Manual del Asegurado* en bcbsil.com/mmai o descargarlo desde este sitio web.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en Blue Cross Community MMAI, desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

J. Otra información importante que obtendrá de nosotros

Usted ya debería haber recibido su tarjeta de asegurado de Blue Cross Community MMAI, información sobre cómo acceder a un *Directorio de Proveedores y Farmacias* e información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos incluidos*.

Junta Asesora de Asegurados de Blue Cross Community MMAI: Su voz importa Le damos la bienvenida a los asegurados de MMAI, miembros de la familia y encargados de los cuidados de otra persona a participar en las reuniones trimestrales. Estas reuniones permiten a los asegurados averiguar más sobre su plan, dialogar sobre beneficios y recibir recursos útiles. Agradecemos sus comentarios, preguntas y comentarios sobre cómo podemos mejorar los servicios. Para averiguar más, visite nuestro sitio web <http://www.bcbsil.com/mmai> o comuníquese con Servicio al Asegurado.

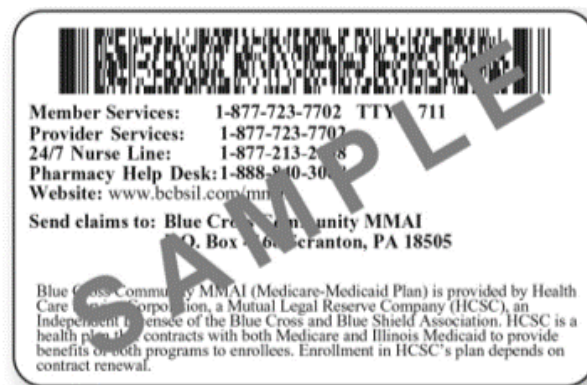
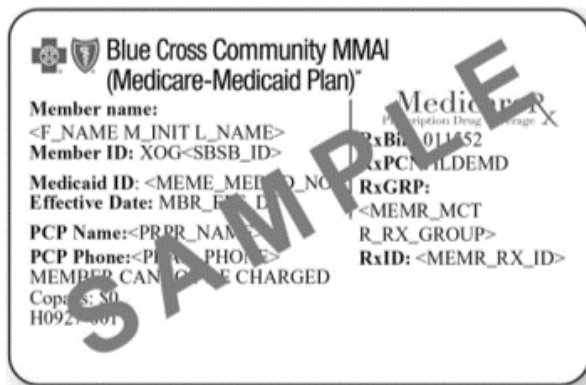
Derecho a hacer recomendaciones sobre la póliza de derechos y responsabilidades de los asegurados de la organización.

J1. Su tarjeta de asegurado de Blue Cross Community MMAI

En nuestro plan, tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid, incluyendo servicios a largo plazo y apoyos, y las recetas médicas. Deberá mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta médica. Este es un ejemplo de tarjeta para que vea cómo será la suya:

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.





Si su tarjeta se daña, se pierde o es robada, llame a Servicio al Asegurado inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea asegurado de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o su tarjeta de Medicaid para obtener los servicios. Mantenga las tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de asegurado de Blue Cross Community MMAI, es posible que el proveedor le facture a Medicare en lugar de a nuestro plan y que usted reciba una factura. Consulte el Capítulo 7, Sección A, para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de Proveedores y Farmacias

En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se enumeran los proveedores y farmacias de la red de Blue Cross Community MMAI. Mientras sea asegurado de nuestro plan, deberá acudir a los proveedores que forman parte de la red para obtener los servicios incluidos. Existen algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte el Capítulo 2, Sección C).

Puede solicitar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* (copia impresa o en formato electrónico) llamando al Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. Las solicitudes de copias

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

impresas de los Directorios de Proveedores y Farmacias se le enviarán por correo dentro de tres días laborables. También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en www.bcbsil.com/mmai o descargarlo desde este sitio web.

En el directorio se incluyen hospitales, profesionales de la salud primaria y otros tipos de proveedores que participan en el Blue Cross Community MMAI. En la tabla de contenido se describe cada sección incluida en el *Directorio de proveedores y farmacias*, y cada sección está organizada alfabéticamente por condado. Dentro de cada condado, los nombres de las ciudades o los médicos aparecen en orden alfabético junto con la dirección y el número de teléfono. Para obtener la información más actualizada del proveedor, visite nuestro Provider Finder®, nuestro directorio en línea, en www.bcbsil.com/mmai.

Definición de proveedores que forman parte de la red

- Entre los proveedores que forman parte de la red de Blue Cross Community MMAI, se encuentran los siguientes:
 - médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud a los que puede acudir como asegurado de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - agencias de atención médica a domicilio, proveedores de equipo médico duradero y otros que proporcionan bienes y servicios a través de Medicare o Medicaid.

Los proveedores que forman parte de la red han acordado aceptar el pago de nuestro plan por los servicios incluidos como pago total.

Definición de farmacias dentro de la red

- Las farmacias de la red son farmacias (droguerías) que han acordado surtir recetas médicas para los asegurados de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee usar.
- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus recetas médicas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan lo ayude a pagarlas.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Llame a Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en www.bcbsil.com/mmai o descargarlo desde este sitio web. Tanto el Servicio al Asegurado como el sitio web de Blue Cross Community MMAI pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y farmacias de la red.

J3. Lista de medicamentos incluidos

El plan tiene una *Lista de medicamentos incluidos*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Indica qué medicamentos con receta están incluidos por Blue Cross Community MMAI.

La Lista de medicamentos también le indica si hay reglas o restricciones sobre algún medicamento, como el límite en la cantidad que usted puede obtener. Consulte el Capítulo 5, Sección C, para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información acerca de cómo acceder a una copia de la Lista de medicamentos, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada acerca de los medicamentos incluidos, visite www.bcbsil.com/mmai o llame al Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

J4. La Explicación de Beneficios

Cuando use los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un resumen para ayudarlo a comprender y mantener un control de los pagos de sus medicamentos con receta de la Parte D. Este resumen se denomina *Explicación de Beneficios* (o EOB).

En la EOB, se informa el monto total que usted, u otros en su nombre, han gastado en los medicamentos con receta de la Parte D y el monto total que nosotros hemos pagado por cada uno de estos durante el mes. En la EOB, podrá encontrar más información sobre los medicamentos que usted toma. En el Capítulo 6, se proporciona información adicional

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

acerca de la EOB y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También está disponible una EOB cuando usted lo solicite. Para obtener una copia, comuníquese con el Departamento de Servicio al Asegurado.

También puede registrarse para recibir el resumen de la Explicación de Beneficios de la Parte D en línea, en lugar de por correo.

- Para suscribirse, inicie sesión en **MyPrime.com**.
- Haga clic en la flecha desplegable junto a su nombre.
- Seleccione Preferencias de Comunicación.
- Marque la casilla Correo Electrónico.
- Haga clic en Guardar.

Una vez que haya seleccionado las declaraciones sin papel, le enviaremos un mensaje de correo electrónico cuando tenga una EOB de Medicare Parte D disponible para revisión en línea. Ya no recibirá esta declaración en el correo postal. Si cambia de opinión y desea recibir su EOB por correo nuevamente, puede actualizar su preferencia de comunicación en **MyPrime.com**. **MyPrime.com** es un sitio web de beneficios de farmacia que pertenece Prime Therapeutics LLC y es operado por esta, una compañía aparte que ofrece servicios de administración de beneficios de farmacias.

K. Cómo mantener su perfil de inscrito actualizado

Usted puede mantener actualizado su perfil como inscrito comunicándonos cualquier cambio en su información.

Las farmacias y proveedores que forman parte de la red del plan necesitan tener la información correcta acerca de usted. **Usan su perfil de inscrito para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le costarán.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber lo siguiente:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o de su pareja en unión libre, o indemnización al trabajador.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Cualquier reclamación por responsabilidad civil, como reclamaciones por accidentes de automóvil.
- Admisión a un hogar de servicios de enfermería u hospital;
- Atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Cambios en su encargado de los cuidados de otra persona (o cualquiera que sea responsable por usted).
- Es parte o se vuelve parte de un estudio de investigación clínica (NOTA: No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que desea participar pero lo alentamos a que lo haga).

De haber cualquier cambio en la información, háganos saber llamando al Departamento de Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

Su perfil de inscrito puede incluir información médica personal (PHI, en inglés). Las leyes requieren que mantengamos confidencial su expediente médico y su PHI. Nos aseguramos de que su información de atención médica esté protegida.

Blue Cross Community MMAI está trabajando con el estado de Illinois para detener la aparición de nuevos casos de VIH. El Departamento de Salud Pública de Illinois comparte los datos que recopila en conjunto con las Organizaciones de Atención Médica Administrada de IL Medicaid e IL Medicaid para brindar una mejor atención a las personas que viven con VIH. El nombre, la fecha de nacimiento, el número del Seguro Social, el estado del VIH y otra información se comparten de forma segura para todos los asegurados de Medicaid.

Para obtener más información acerca de cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8, Sección C.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le da información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarlo a contestar preguntas acerca de Blue Cross Community MMAI y de sus beneficios médicos. También puede usar este capítulo para obtener información acerca de cómo comunicarse con su coordinador de servicios médicos y otros que puedan defenderlo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *manual del asegurado*.

Tabla de contenido

A. Cómo comunicarse con el Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI.....	24
A1. Cuándo contactar al Servicio al Asegurado.....	25
B. Cómo comunicarse con su coordinador de servicios médicos	28
B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de servicios médicos	29
C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermería.....	30
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermería	30
D. Cómo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual.....	31
D1. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual	31
E. Cómo comunicarse con el Programa de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada (SHIP).....	32
E1. Cuándo contactar a SHIP	32
F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	33
F1. Cuándo comunicarse con Livanta BFCC-QIO.....	33
G. Cómo comunicarse con Medicare	34

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



H. Cómo comunicarse con Medicaid.....	35
I. Cómo comunicarse con la Línea de Ayuda de Beneficios de Salud de Illinois.....	36
J. Cómo comunicarse con el Programa del Defensor del Consumidor a Domicilio de Illinois.....	37
K. Otros recursos	37
L. Fraude, desperdicio, abuso y negligencia	40

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



A. Cómo comunicarse con el Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI

LLAME AL	1-877-723-7702. Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés (English).
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable.
ESCRÍBANOS	Blue Cross Community MMAI C/O Member Services PO Box 3836 Scranton, PA 18505
SITIO WEB	www.bcbsil.com/mmai

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



A1. Cuándo contactar al Servicio al Asegurado

- preguntas sobre el plan
- preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de asegurado de Blue Cross Community MMAI
- decisiones de cobertura acerca de su atención médica
 - Una decisión de cobertura acerca de su atención médica es una decisión acerca de lo siguiente:
 - sus beneficios y los servicios incluidos, o
 - el monto que pagaremos por sus servicios de atención médica.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura acerca de la atención médica.
 - Para averiguar más sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos una decisión acerca de su cobertura y pedirnos que la cambiemos si considera que hemos cometido un error.
 - Para averiguar más sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor, incluyendo un proveedor que no forma parte de la red o un proveedor que forma parte de la red. Un proveedor que forma parte de la red es un proveedor que trabaja con el seguro de gastos médicos. También puede presentar una queja ante nosotros o la Organización para el

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Mejoramiento de la Calidad acerca de la calidad de la atención que recibió (consulte la Sección F más adelante).

- Si su queja es acerca de una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
- Puede enviar una queja acerca de Blue Cross Community MMAI directamente a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
- Para averiguar más sobre cómo presentar una queja acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9, Sección C.
- decisiones de cobertura acerca de sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y los medicamentos incluidos, ●
 - el monto que pagaremos por los medicamentos.
 - Esto aplica a sus medicamentos Parte D, medicamentos con receta de Medicaid y medicamentos de venta libre de Medicaid.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura acerca de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.
- apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación acerca de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9 o llame al Departamento de Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable.

- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación acerca de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.
- quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o una farmacia. Esto incluye una queja acerca de sus medicamentos con receta.
 - Si su queja es acerca de una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja acerca de Blue Cross Community MMAI directamente a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja acerca de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.
- pago de atención médica o medicamentos que usted ya pagó
 - Para obtener más información acerca de cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió, consulte el Capítulo 7, Sección A.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, Sección E, para obtener más información sobre las apelaciones.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



B. Cómo comunicarse con su coordinador de servicios médicos

Como asegurado de Blue Cross Community MMAI, se le asignará un coordinador de servicios médicos. Su coordinador de servicios médicos lo ayudará a administrar a todos sus médicos y servicios de salud. Se asegurarán de que obtenga todas las pruebas, laboratorios y otros cuidados que necesite. También se asegurará de que los resultados de sus pruebas se compartan con su equipo de atención de salud. Para comunicarse con su coordinador de servicios médicos o para realizar preguntas acerca del cambio de su coordinador de servicios médicos:

LLAME AL	1-877-723-7702. Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés (English).
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, al siguiente día laborable.
ESCRÍBANOS	Blue Cross Community MMAI C/O Member Services PO Box 3836 Scranton, PA 18505
SITIO WEB	www.bcbsil.com/mmai

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de servicios médicos

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas acerca de cómo obtener servicios de salud conductual, transportación y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, en inglés)
- Si su proveedor o coordinador de servicios médicos cree que usted puede ser elegible para una atención médica a largo plazo o para apoyos y servicios adicionales a fin de mantenerlo en su casa, lo remitirá a una agencia que decidirá si usted es elegible para dichos servicios.

Algunas veces usted puede obtener ayuda para sus necesidades básicas y de atención médica. Puede obtener estos servicios:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• atención de enfermería especializada• asistente personal• ama de casa• atención diurna para adultos• sistema de auxilio para emergencias en el hogar• fisioterapia• terapia ocupacional• terapia del habla• atención médica en el hogar• transportación• servicios de salud conductual• habilitación del día para ayudar a recuperar la independencia en su hogar | <ul style="list-style-type: none">• mejoras en la accesibilidad del hogar, como rampas para sillas de ruedas o barandas de baño• servicios de alimentos a domicilio• atención médica en el hogar• enfermería intermitente• asistencia personal• servicios prevocacionales• suministros y equipo médico especializado• asistencia en el trabajo• relevo para el encargado de los cuidados de otra persona, de familiares y amigos |
|--|--|

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermería

Nuestra Línea de Consejos de enfermería telefónica 24/7 Nurseline lo conectará con un enfermero que responderá sus preguntas de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El enfermero puede ayudarlo a decidir si necesita ir a emergencias o a un centro de atención médica inmediata, o si debe esperar a ver a su PCP. Si considera que tiene un problema urgente y su médico no puede atenderlo de inmediato o si necesita atención fuera del horario de servicio, llame a la Línea de Consejos de Enfermería para obtener ayuda al 1-877-213-2568 las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede utilizar MDLive las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para servicios de telesalud llamando al 800-400-6354 o visitando el sitio web www.MDLive.com.

LLAME AL	1-877-213-2568. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés (English).
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermería

- preguntas sobre su atención médica
- Si necesita atención fuera de horario de servicio, llame a la Línea de Consejos de Enfermería para obtener ayuda al 1-877-213-2568 las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede utilizar MDLive las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para servicios de telesalud llamando al 800-400-6354 o visitando el sitio web www.MDLive.com.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

D. Cómo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual

La Línea de Crisis de Salud Conductual es un servicio de intervención en crisis y estabilización de veinticuatro (24) horas. Cualquier asegurado que tenga una crisis psiquiátrica o de salud conductual puede llamar a la Línea de Crisis de Salud Conductual. Se envía a un trabajador de la Línea de Crisis de Salud Conductual para realizar un examen de detección presencial. Estos trabajadores son profesionales en salud mental calificados.

LLAME AL	1-800-345-9049. Esta llamada es gratuita. La Línea de Crisis de Salud Conductual está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés (English).
TTY	1-866-794-0374. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. La Línea de Crisis de Salud Conductual está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

D1. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual

- Para hablar sobre sentimientos de desesperanza.
- En caso de experimentar niveles altos de ansiedad o agitación
- En caso de haber un aumento de los comportamientos de riesgo o el abuso de sustancias
- En caso de tener pensamientos suicidas u homicidas

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

E. Cómo comunicarse con el Programa de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada (SHIP)

El Programa de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada (SHIP) le brinda asesoramiento gratuito sobre seguro médico a personas con Medicare. SHIP no está asociado con ninguna compañía de seguros o seguro de gastos médicos.

LLAME AL	1-800-252-8966 de lunes a viernes de 8:30 a. m a 5:00 p. m. La llamada es gratuita.
TTY	1-888-206-1327 de lunes a viernes de 8:30 a. m a 5:00 p. m. La llamada es gratuita.
ESCRÍBANOS	Senior Health Insurance Program Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271
CORREO ELECTRÓNICO	AGING.SHIP@illinois.gov
SITIO WEB	www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx

E1. Cuándo contactar a SHIP

- preguntas acerca de su seguro médico de Medicare
 - Los consejeros de SHIP pueden responder sus preguntas acerca de cómo cambiarse a un plan nuevo y ayudarlo a hacer lo siguiente:
 - entender sus derechos;
 - comprender sus elecciones de plan;
 - contestar sus preguntas acerca de cómo cambiarse a un nuevo plan;
 - presentar una queja de la atención médica o tratamientos; **y**
 - resolver problemas con sus facturas.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada Livanta BFCC-QIO. Un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Livanta BFCC-QIO no está asociada con nuestro plan.

LLAME AL	1-888-524-9900
TTY	1-888-985-8775 Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRÍBANOS	Livanta BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	https://livantaqio.com/

F1. Cuándo comunicarse con Livanta BFCC-QIO

- preguntas sobre su atención médica
 - Usted puede presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención médica;
 - cree que su estadía en un hospital termina demasiado pronto; **o**
 - considera que su atención médica en el hogar o la atención en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes no hospitalizados (CORF, en inglés) finaliza demasiado pronto.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

G. Cómo comunicarse con Medicare

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

La agencia federal que administra Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, a veces llamados CMS.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	<u>www.medicare.gov</u> Esta es el sitio web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada acerca de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de servicios de enfermería, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros para diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y centros de cuidado paliativo. Cuenta con sitios web y números de teléfono útiles. También incluye folletos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare al número mencionado más arriba y realizar cualquier consulta sobre la que usted requiere. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán a usted.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

H. Cómo comunicarse con Medicaid

Medicaid ayuda con los servicios médicos y a largo plazo, y reduce costos para personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y Medicaid. Si tiene alguna pregunta acerca de su elegibilidad para Medicaid, llame a la línea de ayuda del Departamento de Servicios Humanos de Illinois.

LLAME AL	1-800-843-6154 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita.
TTY	1-866-324-5553 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita.
CORREO ELECTRÓNICO	DHS.WebBits@illinois.gov
SITIO WEB	www.dhs.state.il.us

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



I. Cómo comunicarse con la Línea de Ayuda de Beneficios de Salud de Illinois

La línea de ayuda de Beneficios de Salud del Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois proporciona información general sobre los beneficios de Medicaid.

LLAME AL	1-800-226-0768 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. La llamada es gratuita.
TTY	1-877-204-1012 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. La llamada es gratuita.
SITIO WEB	www.hfs.illinois.gov Esta es el sitio web oficial de Medicaid. Le proporciona información actualizada acerca de Medicaid.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



J. Cómo comunicarse con el Programa del Defensor del Consumidor a Domicilio de Illinois

El Programa del Defensor del Consumidor a Domicilio de Illinois es un programa de mediación que funciona como un defensor en su nombre. Ellos pueden responder preguntas si usted tiene un problema o queja y pueden ayudarlo a entender qué hacer. También pueden ayudarlo a presentar una queja o una apelación con nuestro plan. El Defensor del Consumidor a Domicilio de Illinois no está relacionada con ninguna compañía de seguros o seguro de gastos médicos. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-800-252-8966 de lunes a viernes de 8:30 a. m a 5:00 p. m. La llamada es gratuita.
TTY	1-888-206-1327 de lunes a viernes de 8:30 a. m a 5:00 p. m. La llamada es gratuita.
ESCRÍBANOS	Home Care Ombudsman Program Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271
CORREO ELECTRÓNICO	Aging.HCOProgram@illinois.gov
SITIO WEB	www.illinois.gov/aging/programs/LTCOmbudsman/Pages/The-Home-Care-Ombudsman-Program.aspx

K. Otros recursos

Junta Asesora de Asegurados de Blue Cross Community MMAI: Su voz importa Le damos la bienvenida a los asegurados de MMAI, miembros de la familia y encargados de los cuidados de otra persona a participar en las reuniones trimestrales. Estas reuniones permiten a los asegurados averiguar más sobre su plan, dialogar sobre beneficios y recibir recursos útiles. Agradecemos sus comentarios, preguntas y comentarios sobre cómo podemos mejorar los servicios. Para averiguar más, visite nuestro sitio web <http://www.bcbsil.com/mmai> o comuníquese con Servicio al Asegurado.

- Derecho a hacer recomendaciones sobre la póliza de derechos y responsabilidades de los asegurados de la organización.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois

Los Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois están disponibles para ayudarlo con las comparaciones de planes, encontrar un proveedor e inscribirse en un seguro de gastos médicos. Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Llame al: 1-877-912-8880

TTY 1-866-565-8576

Correo electrónico:

Hfs.webmaster@illinois.gov

Sitio web: **<https://enrollhfs.illinois.gov>**

Centro para adultos mayores del Centro Oeste: Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Chicago

2102 W. Ogden Ave

Chicago, IL 60612

Teléfono: 1-312-746-5300

TTY: 312-746-0321

Fax: 312-744-1022

Correo electrónico:

aging@cityofchicago.org

Sitio web: **<https://www.chicago.gov/>**

El Centro Regional Centro Oeste presta servicio a una zona diversa que incluye los distritos 1, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 37 y 42. Se calcula que hay unos 100 clubes y grupos de mayores que participan en los programas del Centro para adultos mayores del Centro Oeste. Entre las actividades sociales más importantes se incluyen clases, viajes, fiestas y actividades recreativas. En el centro también se sirve un almuerzo caliente a diario, como parte del Programa Golden Diners del departamento. También

Coalición de Adultos Mayores de Habla Inglesa Limitada (CLESE, en inglés)

53 West Jackson, Suite 1340

Chicago, IL 60604

Llamada: 1-312-461-0812

Fax: 1-312-461-1466

Correo electrónico: **info@clese.org**

Sitio web: **<http://www.clese.org/>**

La CLESE promueve el entendimiento, la sensibilidad y el conocimiento de las comunidades culturalmente diversas. La CLESE es un recurso para los organismos étnicos que proporciona asistencia e información. La CLESE construye conexiones sólidas entre los proveedores de servicios étnicos y los organismos estatales y gubernamentales, entre los que se incluyen:

- AgeOptions
- Departamento de Familia y Servicios de Apoyo de Chicago
- Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Illinois
- Departamento de Salud Pública de Illinois
- Departamento de Servicios Humanos de Illinois
- Federación Judía de Chicago Metropolitana
- Programa de Asociación Agrícola para Refugiados de la ORR
- Fundación de Investigación sobre la Jubilación

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.bcbsil.com/mmai**.

se ofrece un programa integral de acondicionamiento físico y bienestar. En los servicios también se incluye una Unidad de Información y Asistencia basada en la comunidad que puede vincular a las personas en la tercera edad con los beneficios y los servicios.

Agencia del Área para la Tercera Edad del Noreste de Illinois

Main Office
P.O. Box 809
Kankakee, IL 60901
Llamada: 1-815-939-0727
Fax: 1-815-939-0022
Correo electrónico: info@ageguide.org
Sitio web: <http://www.ageguide.org/>

Opera en los condados de DuPage, Grundy, Kane, Kankakee, Kendall, Lake, McHenry y Will. La Agencia de Asuntos de la Tercera Edad es un recurso que conecta programas y servicios locales, estatales y nacionales para adultos mayores, les proporciona a los adultos mayores de riesgo la oportunidad de permanecer en sus hogares con dignidad y seguridad, y defiende a las comunidades y colabora con ellas con el fin de preparar a las personas mayores y las familias para la vejez.

Línea de Crisis de Salud Conductual

Llame al: 1-800-345-9049
TTY: 1-866-794-0374

Un servicio de intervención en crisis y estabilización con respuesta urgente las veinticuatro (24) horas para personas que están experimentando una crisis relacionada con problemas psiquiátricos o conductuales.

Línea de Ayuda de Illinois sobre Opioides y Otras Sustancias

Llame al: 1-833-2FINDHELP Sitio web:
<https://helplineil.org/>

La Línea de Ayuda está abierta las 24 horas del día, los siete días de la semana para las personas que tienen trastornos por consumo de opiáceos, las familias y cualquier persona afectada por la enfermedad. La Línea de Ayuda es confidencial y gratuita. Los especialistas de la Línea de Ayuda están capacitados en enfoques basados en la evidencia para ayudar a conectar a las personas que llaman con los servicios de tratamiento y de apoyo para la recuperación.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



L. Fraude, desperdicio, abuso y negligencia

Si sospecha de fraude, desperdicio o abuso, informe de ello. Si tiene alguna pregunta, [comuníquese con nosotros](#). Los representantes de Servicio al Asegurado están disponibles en el 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

El fraude ocurre cuando alguien recibe beneficios o pagos a los que no tiene derecho. Ejemplos:

- Usar la tarjeta de asegurado de otra persona
- Respuestas falsas en una solicitud
- No se ha realizado la facturación de un proveedor por los servicios

El desperdicio se produce cuando alguien usa los servicios más de lo necesario, lo que resulta en costos innecesarios para el sistema de salud. Ejemplos:

- Prestación de servicios médicos innecesarios
- Uso excesivo de servicios que no necesita
- Suministro de equipo médico innecesario

El abuso ocurre cuando alguien se involucra en daño o lesión física o mental. Ejemplos:

- Abuso físico. Cuando se le daña, como una bofetada, un puñetazo, un empujón o una amenaza con un arma.
- Abuso emocional. Cuando alguien usa palabras amenazantes contra usted, le grita, trata de controlar su actividad social o lo mantiene aislado.
- Abuso financiero. Cuando alguien usa de mala manera o toma dinero, cheques personales, tarjetas de crédito o pertenencias sin su permiso.
- Abuso sexual. Cuando alguien lo toca de forma inapropiada y sin su permiso.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



El abandono ocurre cuando alguien no trata de responder a sus necesidades físicas, emocionales y sociales. Ejemplo: Retener alimentos, ropa, refugio, medicamentos o acceso a la atención médica.

Cómo denunciar un fraude

- Informe por teléfono. Comuníquese con Servicio al Asegurado al **1-877-723-7702 (TTY: 711)** o el Departamento de Investigaciones Especiales (SID) de la Blue Cross Community MMAI al **1-800-543-0867**. Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Las llamadas a la línea directa de fraude pueden hacerse de forma anónima o a su nombre y siempre son confidenciales. Si sospecha que un proveedor médico (médicos, hospitales, hogar de servicios de enfermería, asistentes personales, etc.) está cometiendo fraude llame a la línea directa del Departamento de Salud y Servicios a la Familia de Illinois al **1-844-453-7283/1-844-ILFRAUD**.
- Informe en línea. Este [formulario de denuncia de fraude en línea](#) se puede rellenar y enviar al SID.
- Informe por correo
Blue Cross and Blue Shield
Special Investigations Department
300 E. Randolph Street, 35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Cómo reportar abuso o negligencia

- Para reportar sospecha de abuso, negligencia, explotación y autodescuido de un adulto de 60 años o más o de una persona con discapacidades de 18 a 59 años de edad llame a la Línea de Servicios de Protección para Adultos de todo el estado las 24 horas: **1-866-800-1409**.
- Para los residentes que viven en centros de enfermería, llame a la Línea Directa de Quejas de Hogares de Servicios de Enfermería del Departamento de Salud Pública de Illinois: **1-800-252-4343**.
- Para residentes que viven en Centros de Vida Asistida (SLF, en inglés), llame a la Línea Directa de Quejas del Departamento de Salud y Servicios a la Familia de Illinois: **1-800-226-0768**.

Cualquier persona puede denunciar un caso de abuso y se aceptan informes anónimos. Para averiguar más sobre cómo puede reportar abuso, consulte el sitio web del [Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Illinois \(IDOA, en inglés\)](#).

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios incluidos.

Introducción

Este capítulo tiene reglas y términos específicos que debe conocer para obtener atención médica y otros servicios incluidos de Blue Cross Community MMAI. También le informa sobre su coordinador de servicios médicos, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (incluso de farmacias o proveedores que no forman parte de la red), qué hacer cuando se le factura directamente por servicios incluidos por nuestro plan y las reglas para poseer Equipo Médico Duradero (DME, en inglés). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *manual del asegurado*.

Tabla de contenido

A. Información acerca de los “servicios”, “servicios incluidos”, “proveedores” y “proveedores que forman parte de la red”	45
B. Reglas para obtener su atención médica, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) incluidos en el plan	45
C. Información sobre su coordinador de servicios médicos	47
C1. Qué es un coordinador de servicios médicos	49
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de servicios médicos	49
C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de servicios médicos	50
D. Atención de profesional de la salud primaria, especialistas, otros proveedores que forman parte de la red y proveedores que no forman parte de la red	50
D1. Atención de un profesional de la salud primaria	50
D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores que forman parte de la red	53
D3. ¿Qué hacer cuando un proveedor que forma parte de la red sale del plan?	54
D4. Cómo recibir atención médica de proveedores que no forman parte de la red	56
E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)	56
F. Cómo obtener servicios de salud conductual	57

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



G. Cómo obtener cuidados autodirigidos.....	58
G1. Qué son los cuidados autodirigidos	58
G2. Quién puede obtener cuidados autodirigidos	59
G3. Cómo obtener ayuda al emplear a los profesionales de la salud personal.....	59
H. Cómo obtener servicios de transportación	59
I. Cómo obtener servicios incluidos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica inmediata o durante una catástrofe.....	60
I1. Cuidado en casos de emergencia médica	60
I2. Atención médica inmediata.....	62
I3. Atención médica durante una catástrofe	63
J. Qué hacer si le facturan directamente por servicios incluidos en el plan	64
J1. Qué hacer si los servicios no tienen cobertura de nuestro plan	64
K. ¿Cómo se incluyen sus servicios de atención médica cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?.....	65
K1. Definición de estudio de investigación clínica	65
K2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	66
K3. Obtenga más información acerca de los estudios de investigación clínica	66
L. Cómo están incluidos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud	67
L1. Definición de centro religioso no médico dedicado a la salud.....	67
L2. Obtener atención médica en un centro religioso no médico dedicado a la salud	67
M. Equipo médico duradero (DME)	68
M1. DME como asegurado de nuestro plan	68
M2. La propiedad de DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	68
M3. Beneficios de equipo de oxígeno como asegurado del plan	69
M4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	70

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

A. Información acerca de los “servicios”, “servicios incluidos”, “proveedores” y “proveedores que forman parte de la red”

Los servicios incluyen atención médica, apoyos y servicios a largo plazo, suministros, salud conductual, medicamentos con receta y medicamentos de venta libre, equipos y otros servicios. Los servicios incluidos incluyen cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica incluida y los servicios y apoyos a largo plazo se describen en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

Los proveedores incluyen a médicos, enfermeras, especialistas y otras personas que le proporcionan servicios y atención a usted. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, en clínicas y en otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipo médico, así también como servicios y apoyos a largo plazo.

Los proveedores que forman parte de la red son proveedores que trabajan con el seguro de gastos médicos. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago completo. Estos proveedores que forman parte de la red han acordado facturarnos directamente por la atención que le prestan. Cuando visita a un proveedor que forma parte de la red, por lo general, no debe pagar por los servicios incluidos.

B. Reglas para obtener su atención médica, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) incluidos en el plan

Blue Cross Community MMAI incluye todos los servicios incluidos por Medicare y Medicaid. Esto incluye apoyos y servicios médicos, de salud conductual y a largo plazo.

Por lo general, Blue Cross Community MMAI pagará por la atención médica y los servicios que usted obtiene si sigue las reglas del plan. Para estar incluido por su plan:

- El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que se debe incluir en la Tabla de Beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4, Sección D de este manual).
- La atención debe ser **de necesidad médica**. De necesidad médica significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica que ya padezca o para mantener su estado de salud actual. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas o, de otro modo, son necesarios conforme a las reglas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Illinois.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

- Debe contar con un **profesional de la salud primaria (PCP, en inglés)** de la red que haya ordenado la atención o le haya dicho que acuda a otro médico. Como asegurado del plan, debe elegir un proveedor que forma parte de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe autorizarlo antes de poder acudir a alguien que no sea su PCP o de usar otros proveedores que forman parte de la red del plan. Esto se llama un **referido**. Si usted no recibe la aprobación, Blue Cross Community MMAI no podrá cubrir los servicios. No necesita un referido para algunos especialistas, como los de salud de la mujer. Para averiguar más sobre el referido, consulte el Capítulo 3, Sección D.
 - No se necesita un referido de su PCP para recibir atención médica de emergencia o atención médica inmediata, ni para recurrir a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención médica sin tener un referido del PCP. Para averiguar más sobre este tema, consulte el Capítulo 3, Sección D.
 - Para averiguar más sobre cómo elegir un PCP, consulte el Capítulo 3, Sección D.
 - **NOTA:** Si esta es la primera vez que está en un Medicare-Medicaid Plan, puede continuar recurriendo a sus proveedores actuales durante los primeros 180 días con nuestro plan, sin costo, si no son parte de nuestra red de servicios. Si se cambió a Blue Cross Community MMAI de un Medicare-Medicaid Plan diferente, puede continuar usando sus proveedores actuales durante los primeros 90 días en nuestro plan, sin costo, si no son parte de nuestra red de servicios. Durante el período de transición, nuestro coordinador de servicios médicos se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red. Después de ese período, ya no cubriremos su atención médica si continúa recurriendo a proveedores que no forman parte de la red.
- **Debe recibir su atención médica de proveedores que forman parte de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención médica de un proveedor que no trabaje con el seguro de gastos médicos. Aquí hay algunos casos en los que no se aplica esta regla:
 - El plan incluye la atención de emergencia o la atención médica inmediata que usted recibe de un proveedor que no forma parte de la red. Para averiguar más sobre lo que significa una emergencia o atención médica inmediata, consulte la Sección I.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



- Si requiere la atención médica que incluye nuestro plan y nuestros proveedores que forman parte de la red no pueden proveérsela, puede obtener la atención de un proveedor que no forma parte de la red. Nuestro plan requiere autorización para que obtenga atención médica de un proveedor que no forma parte de la red. Trabaje con su PCP y comuníquese con el Departamento de Servicio al Asegurado a fin de comenzar este proceso. Usted o su PCP pueden iniciar este proceso. En este caso, cubriremos la atención como si la hubiera recibido a través de un proveedor que forma parte de la red. Para obtener información acerca de cómo obtener la aprobación para acudir a un proveedor que no forma parte de la red, consulte la Sección D.
- El plan incluye servicios de diálisis renal cuando usted esté fuera del área de servicios del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él durante un breve período. Usted puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Cuando se inscriba en el plan, podrá continuar usando los proveedores a los que acude actualmente durante 180 días.

C. Información sobre su coordinador de servicios médicos

Todos los asegurados de su equipo de atención médica trabajan juntos para asegurarse de que obtenga la atención médica que necesita. Cuenta con un Coordinador de Servicios Médicos que lo ayudará a dirigir su atención y un Equipo de Cuidados Interdisciplinarios que trabaja estrechamente con su principal encargado de los cuidados de otra persona para garantizar que los servicios sociales y de salud conductual necesarios se incluyan en su plan de atención médica.

Administración de Casos Complejos

Ofrecemos un programa de Administración de Casos Complejos especial para los asegurados que padecen enfermedades complicadas, como nefropatía, depresión o trastorno por consumo de sustancias. Si usted es elegible, recibirá asistencia dirigida por un Coordinador de Servicios Médicos especializado en ayudar a los asegurados que padecen estas afecciones complejas. Usted cooperará con el Coordinador de Servicios Médicos para establecer objetivos específicos que tengan como fin mejorar su salud general.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Su Coordinador de Servicios Médicos lo ayuda con las siguientes actividades:

- Programar citas médicas según sea necesario.
- Organizar el transporte de ida y vuelta de las citas médicas.
- Obtener y comprender sus medicamentos.
- Comprender su enfermedad específica y cómo mejorar su salud y calidad de vida.
- Ayudarlo a usar sus beneficios para evitar que los problemas de salud se agraven.
- Obtener herramientas de aprendizaje que lo ayuden a usted, a su familia y a los encargados de los cuidados de otra persona a comprender mejor cualquier afección médica, receta médica, medicamento de venta libre y tratamiento.

Programa de Manejo de Enfermedades

Si padece hipertensión (presión arterial alta), diabetes o asma, usted es elegible para inscribirse en nuestro programa de manejo de enfermedades. Los asegurados a los que se les haya diagnosticado hipertensión, diabetes o asma reciben apoyo en función de su nivel de necesidad. Todos los asegurados tienen acceso a información y herramientas que los ayudan a controlar sus afecciones en el portal web llamado Blue Access for Members (BAM). En dicho portal web, se ofrecen varios recursos para ayudarlo a mantenerse saludable. Puede acceder al portal web para asegurados en bluememberil.com. Un Coordinador de Servicios Médicos especialista en el manejo de esas afecciones se comunica con los asegurados con niveles moderados de riesgo. Si se encuentra inscrito en el programa, usted trabajará con su Coordinador de Servicios Médicos para establecer objetivos específicos con el fin de mejorar su salud general.

Su Coordinador de Servicios Médicos lo ayuda con las siguientes actividades:

- Información y materiales relacionados con su diagnóstico.
- Asistencia para comprender y obtener los medicamentos.
- Información sobre los beneficios disponibles que mejorarían sus resultados de salud.
- Referidos a programas y recursos comunitarios para mejorar el acceso a alimentos saludables y a programas comunitarios de ejercicios.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



C1. Qué es un coordinador de servicios médicos

Su coordinador de servicios médicos lo ayudará a organizar su atención y a gestionar sus proveedores y servicios de salud. Su coordinador de servicios médicos hará lo siguiente:

- Trabjará con usted para asegurarse de que tenga acceso a todos los recursos de atención médica necesarios.
- Lo ayudará a alcanzar sus objetivos de salud.
- Planificará consultas presenciales o llamadas telefónicas con usted.
- Se asegurará de que obtenga todas las pruebas, laboratorios y otros cuidados que necesite.
- Se asegurará de compartir los resultados de sus pruebas con su equipo de cuidados y los proveedores adecuados.
- Lo ayudará a establecer la atención con su médico y otros asegurados del equipo de atención médica.
- Le brindará asistencia a usted, su familia y su encargado de los cuidados de otra persona para comprender mejor sus afecciones de salud, medicamentos y tratamientos.
- Siempre obtendrá su permiso antes de compartir su información médica con otros proveedores.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de servicios médicos

Puede comunicarse con Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de servicios médicos

Llame a Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711) durante las horas mencionadas anteriormente. Esta llamada es gratuita. Pida un traductor si no habla inglés (English).

D. Atención de profesional de la salud primaria, especialistas, otros proveedores que forman parte de la red y proveedores que no forman parte de la red

D1. Atención de un profesional de la salud primaria

Debe elegir un profesional de la salud primaria (PCP) para que le proporcione y gestione su cuidado.

Definición de “PCP” y lo que un PCP hace por usted

Un PCP es un médico que le brinda atención médica de rutina. Su PCP:

- Mantendrá su expediente médico y conocerá sus necesidades de salud con el tiempo.
- Proporcionará una autorización previa si necesita una consulta con un proveedor que no forma parte de la red para obtener servicios que no son de emergencia.
- Firmó un acuerdo especial de Servicios Médicos con Blue Cross and Blue Shield of Illinois.

Su PCP es la persona más importante para ayudarlo con sus necesidades de atención médica. Es a quien acudirá primero cuando esté enfermo o necesite un chequeo. Usted y su PCP deben trabajar en equipo para cuidar su salud. Debe poder hablar con su PCP sobre todas las necesidades de atención médica.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como un PCP?

Su PCP podría ser un médico especializado en medicina interna, medicina para la familia o geriatría. Si es mujer, puede seleccionar como PCP a un proveedor de atención médica para mujeres, como un ginecólogo o ginecólogo/obstetra.

La función de un PCP en:

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- **coordinación de servicios incluidos:** Su PCP es responsable de manejar todas sus necesidades de atención médica. Le proporcionará la mayor parte de su atención médica y lo ayudará a organizar el resto de los servicios incluidos que recibe como asegurado del Plan Blue Cross Community MMAI.
- **toma de decisiones u obtención de una autorización previa (PA):** Ciertos servicios requieren una autorización previa. Esto significa que obtiene la aprobación por adelantado. Si su PCP considera que la autorización es necesaria, se encargará del proceso.
- **Cuándo una clínica puede ser su profesional de la salud primaria:** Una clínica se conoce a veces como Centro de Salud Acreditado por el Gobierno Federal (FQHC, en inglés), Hogar Médico de Atención Primaria (PCMH, en inglés) o Clínica Rural (RHC, en inglés). Se trata de un entorno de atención médica que trabaja en equipo con el paciente, su médico personal y, cuando es conveniente, la familia del paciente. Los pacientes obtienen atención médica cuándo y dónde lo necesitan, y de una manera que respete su cultura e idioma.

Su elección de PCP

Puede elegir su PCP al inscribirse en Blue Cross Community MMAI. Si desea ver a un determinado especialista o acudir a un hospital específico, primero verifique que el especialista o el hospital estén dentro de la red para estar seguro. Si no es así, su PCP deberá solicitar una autorización previa. Para elegir un PCP, vaya a la lista de médicos en su *Directorio de proveedores y farmacias* de Blue Cross Community MMAI 2025 y realice una de las siguientes opciones:

- Elija un médico de los que visita actualmente.
- Elija un médico respaldado por alguien de confianza.
- Elija un médico cuyo consultorio es de fácil acceso para usted.

Opción de cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento durante el año. Además, es posible que su PCP pueda abandonar la red de nuestro plan. Podemos ayudarlo a encontrar un PCP nuevo si el que tiene ahora se va de nuestra red.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Para cambiar su PCP, solo llame al Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Disponemos de traducción gratuita para los asegurados que no hablan inglés (English).

- Si nos pide que cambiemos su PCP en cualquier momento del mes, podrá ver a su nuevo PCP el primer día calendario del mes siguiente. Por ejemplo: Si llama el 13 de abril, es posible que vea a su nuevo PCP el 1 de mayo o después.
- Obtenga atención médica de su PCP actual hasta que se realice el cambio. Si su PCP u otro proveedor al que acude con frecuencia abandona nuestra red, le enviaremos una carta al menos 30 días antes de que el PCP se marche para informarle. Para elegir un proveedor nuevo, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, llame al Servicio al Asegurado o diríjase al directorio de proveedores en línea en bcbsil.com/mmai.
- Le informaremos cuándo ocurrirá el cambio. También le enviaremos una tarjeta de asegurado nueva donde figure el cambio.

Servicios que puede obtener sin la aprobación del PCP

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación del PCP antes de recurrir a otros proveedores. Esta aprobación se llama referido. Puede obtener servicios como los enumerados a continuación sin obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores que forman parte de la red o proveedores que no forman parte de la red.
- Atención médica inmediata recibida por parte de proveedores que forman parte de la red.
- Atención médica inmediata recibida por parte de proveedores que no forman parte de la red cuando no puede acceder a un proveedor que forma parte de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan).

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



NOTA: Los servicios deben ser de necesidad médica y requeridos de inmediato.

- Servicios de diálisis renal que obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan. (Llame al Servicio al Asegurado antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarlo a obtener la diálisis mientras está lejos).
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la pulmonía, siempre que las obtenga de un proveedor que forma parte de la red
- Servicios de planificación familiar y atención médica de rutina para mujeres. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor que forma parte de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de salud para indígenas, puede recurrir a estos proveedores sin un referido previo.

D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores que forman parte de la red

Un especialista es un médico que proporciona atención médica para una enfermedad o una parte específica del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Los oncólogos se ocupan de los pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

El papel del PCP al referir a los asegurados a especialistas y otros proveedores

Si su PCP cree que necesita ver a un especialista u otro proveedor, lo referirá. Por lo general, su PCP lo referirá a un proveedor con el que haya trabajado antes. También puede consultar a un especialista de nuestra red sin autorización previa. Tenga en cuenta que los servicios o suministros que no figuren como incluidos (consulte el Capítulo 4) no estarán incluidos, incluso si los solicita su PCP.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



El proceso para obtener una autorización previa

La autorización previa es cuando usted o su proveedor obtienen la aprobación de nuestro plan para servicios o medicamentos específicos. Usted o su proveedor pueden comunicarse con el Servicio al Asegurado para comenzar este proceso.

¿Quién es responsable de obtener la autorización previa?

El proveedor que administra su atención médica se encargará del proceso de autorización previa

¿Cómo sé si necesito una autorización previa?

Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D para obtener información acerca de los servicios que requieren autorización previa. Su proveedor se encargará del proceso de autorización previa

D3. ¿Qué hacer cuando un proveedor que forma parte de la red sale del plan?

Un proveedor que forma parte de la red que usted está usando podría abandonar nuestro plan.

- Si un proveedor que forma parte de la red que usted usa abandona nuestro plan, se lo notificaremos por escrito por correo. También lo llamaremos para corroborar si necesita ayuda para seleccionar un proveedor nuevo
- Si su proveedor abandona la red del plan, autorizaremos un período de transición de 90 días a partir de la fecha de aviso si usted tiene un curso de tratamiento en progreso o está en su tercer trimestre de embarazo, lo cual incluye la atención de posparto.

Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, le debemos brindar acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Si su proveedor de salud conductual o de atención primaria deja nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor dentro de los últimos tres años.
- Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado al proveedor, si actualmente recibe su atención o si lo ha consultado dentro de los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor que forma parte de la red calificado para continuar cuidando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está en terapia o tratamiento médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento o la terapia de necesidad médica que recibe continúe.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red accesible para usted, debemos arreglar a un especialista que no forma parte de la red para que le proporcione la atención cuando un proveedor que forma parte de la red o el beneficio no está disponible o es inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si considera que no hemos reemplazado al proveedor anterior con un proveedor calificado o que su atención médica no está siendo bien administrada, tiene el derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si usted se entera de que uno de nuestros proveedores está por abandonar nuestra red, comuníquese con nosotros para que podamos asistirlo en la búsqueda de un nuevo proveedor y en la administración de su atención médica. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



D4. Cómo recibir atención médica de proveedores que no forman parte de la red

Si decide acudir a un médico fuera de nuestra red, deberá pagar usted mismo estos servicios. Ni su plan ni el plan de Original Medicare pagarán estos servicios salvo en situaciones limitadas (como, por ejemplo, la atención médica de emergencia). Si necesita un tipo de servicio que un proveedor que forma parte de la red no puede proporcionar, debe obtener una autorización previa antes de recibir el servicio. Su PCP o especialista dentro de la red u otro proveedor deberá comunicarse con Blue Cross Community MMAI para obtener una autorización previa. Los servicios de diálisis renal que no forman parte de la red no requieren autorización previa; sin embargo, los proveedores deben ser proveedores certificados por Medicare.

Si usted usa un proveedor que no forma parte de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare o Medicaid.

- No podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare o Medicaid.
- Si usa un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.
- Un proveedor debe estar inscrito como Proveedor de Medicaid de Illinois para recibir el pago por cualquier servicio de Medicaid que le proporcione.

E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, en inglés) son para las personas que necesitan ayuda para realizar las tareas cotidianas. La mayoría de estos servicios se proporcionan en su casa o su comunidad, pero podrían proporcionarse en un hogar de servicios de enfermería. Para obtener más información sobre los servicios LTSS, comuníquese con su Coordinador de servicios médicos.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



F. Cómo obtener servicios de salud conductual

Los servicios de salud conductual apoyan las necesidades de salud mental y el tratamiento para el abuso de sustancias que pueda tener.

El tipo de servicio que puede necesitar depende de su situación personal. Los servicios pueden incluir servicios de crisis, medicamentos o consejería. Este cuidado puede ser dado en un hospital, en un ambiente comunitario, en la oficina de un doctor u otro lugar que sea más fácil para usted, como su hogar.

Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, para obtener más información, así como la lista de lo que necesitará para obtener una aprobación previa para recibir atención de salud conductual incluida.

Cómo obtener servicios de salud conductual

- Llame al Servicio al Asegurado para encontrar un proveedor que forma parte de la red cerca de usted.
- Puede hablar sobre el acceso a los servicios de salud conductual con su Coordinador de servicios médicos y otros miembros de su Equipo de Cuidados. El Coordinador de servicios médicos lo ayudará a encontrar asistencia en la zona y a programar consultas o exámenes de detección.
- Su Equipo de Cuidados también puede incluir a trabajadores de promoción de la salud (especialista de salud en la comunidad o asistentes de apoyo a la recuperación) u otros expertos en salud mental para garantizar que tenga todo el apoyo que necesita para mejorar su bienestar general.

La mayoría de los servicios de salud mental para pacientes no hospitalizados no requieren aprobación previa, pero algunos sí. Su Equipo de Cuidados lo ayudará con cualquier aprobación previa necesaria. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



La Línea de Crisis de Salud Conductual está disponible para servicios de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Puede comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual llamando al 1-800-345-9049. Todos los asegurados tienen acceso a los servicios de salud conductual de necesidad médica.

Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D para obtener más información acerca de los servicios conductuales y requisitos de autorización previa.

G. Cómo obtener cuidados autodirigidos

G1. Qué son los cuidados autodirigidos

Como asegurado del plan Blue Cross Community MMAI, puede ser elegible para autodirigir y administrar algunos de sus servicios.

Por ejemplo, usted y su Equipo Interdisciplinario de Cuidados, como parte del proceso de su Plan Individual de Atención Médica, pueden decidir que necesita un Asistente Personal (PA, en inglés). El Programa de Cuidados Autodirigidos le permite contratar y gestionar su asistente personal. Esto incluye la supervisión de las tareas de su asistente personal y la firma de la planilla de horas.

Usted participará activamente en la redacción y revisión de su plan de cuidados y servicios.

El proceso funciona de la siguiente manera:

1. Recibirá una llamada para una evaluación de salud.
2. Después de la evaluación de salud, se le asignará un coordinador de servicios médicos.
3. Usted y su coordinador de servicios médicos diseñarán su plan de atención médica y determinarán los servicios que podría necesitar (asistente personal, entrega de comidas, necesidades de equipos) según la evaluación de salud.
4. Su coordinador de servicios médicos le explicará los cuidados autodirigidos y cómo funciona el proceso.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

G2. Quién puede obtener cuidados autodirigidos

Los cuidados autodirigidos se limitan a los asegurados de Blue Cross Community MMAI que estén inscritos en un programa de exención específico basado en el hogar y la comunidad.

G3. Cómo obtener ayuda al emplear a los profesionales de la salud personal

Si tiene preguntas sobre los cuidados autodirigidos o la contratación de un profesional de la salud personal, llame al Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

H. Cómo obtener servicios de transportación

MMAI está trabajando con ModivCare para proporcionar servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia. Usted puede conseguir un viaje a la cita de un proveedor, a la farmacia después de su cita o a un evento de MMAI. También puede ir a un Blue Door Neighborhood Center.

Servicios incluidos	Servicios sin cobertura
• Una consulta con el médico • Una consulta con otros proveedores de atención médica • Una consulta con el dentista • Una farmacia después de una consulta con el proveedor • Tratamiento de diálisis	El plan no incluye el transporte en los siguientes casos: • Por razones que no son médicas • Para ir a la consulta de un proveedor que se encuentra a más de 40 millas de donde vive (sin aprobación especial) • Para ver a un proveedor que no forma parte de nuestra red (sin aprobación especial)

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Si necesita ir al médico, llame a Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711) por lo menos 72 horas antes de su cita. Llame al 911 si necesita transporte de emergencia. No necesita aprobación previa en caso de emergencia.

I. Cómo obtener servicios incluidos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica inmediata o durante una catástrofe

I1. Cuidado en casos de emergencia médica

Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas tales como dolor intenso o lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona que tenga un conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar que suceda lo siguiente:

- serio riesgo para su salud o la de su hijo nonato; •
- daño grave en las funciones corporales; •
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; •
- en caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
 - no hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto.
 - la transferencia a otro hospital puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato.

Qué hacer si tiene una emergencia médica

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. Usted *no* necesita obtener primero la aprobación ni el referido de su PCP. No es necesario que acuda a un proveedor que forma parte de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



- **En cuanto pueda, asegúrese de informar al plan sobre su emergencia.**
Debemos realizar el seguimiento de su atención médica de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención médica de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. De todas formas, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. Llame al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

Servicios incluidos en una emergencia médica

Medicare y Medicaid no proporcionan cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Usted puede recibir atención médica de emergencia incluida cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la incluye. Para averiguar más, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

Los proveedores que le den atención médica de emergencia determinarán cuándo su condición es estable y si la emergencia médica ha concluido. Seguirán tratándolo y se comunicarán con nosotros para hacer una planificación en caso de que necesite atención de seguimiento para mejorar.

Una vez concluida la emergencia, usted podría necesitar cuidado de seguimiento para asegurarse de que mejore. El cuidado de seguimiento está incluido por nuestro plan. Si obtiene su atención médica de emergencia de proveedores que no forman parte de la red, intentaremos obtener proveedores que forman parte de la red que se hagan cargo de su cuidado tan pronto como sea posible.

¿Qué hacer si ocurre una emergencia de salud conductual?

La Línea de Crisis de Salud Conductual es un servicio de intervención en crisis y estabilización de veinticuatro (24) horas. Cualquier asegurado que tenga una crisis psiquiátrica o de salud conductual puede llamar a la Línea de Crisis de Salud Conductual. Se envía a un trabajador de la Línea de Crisis de Salud Conductual para realizar un examen de detección presencial. Estos trabajadores son profesionales en salud mental calificados.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Llame al: **1-800-345-9049**

TTY: **1-866-794-0374**

Obtener atención médica de emergencia si no era una emergencia

A veces, es difícil determinar si se tiene una emergencia médica o de salud conductual. Usted podría acudir a recibir atención médica de emergencia y que el médico diga que, en realidad, no era una emergencia médica. Cubriremos la atención médica siempre que usted haya creído de forma razonable que su salud estaba en grave peligro.

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

- usa un proveedor que forma parte de la red; **o**
- la atención adicional que usted obtiene se considera “atención médica inmediata” y usted sigue las reglas para obtener esta atención médica. (Consulte la siguiente sección).

12. Atención médica inmediata

Definición de atención médica inmediata

La atención médica inmediata es la atención que recibe por situación que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo, usted podría tener un brote de una condición existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención médica inmediata cuando está dentro del área de servicio del plan

En la mayoría de las situaciones, cubriremos la atención médica inmediata *solo* si:

- recibe esa atención médica de un proveedor que forma parte de la red **y**
- sigue las demás reglas que se describen en este capítulo.

Sin embargo, si no es posible o razonable consultar a un proveedor que forma parte de la red, dado su momento, lugar o circunstancias, cubriremos la atención médica inmediata que reciba de un proveedor que no forma parte de la red.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Puede ir a cualquier centro de atención médica inmediata si cree que necesita atención médica inmediata. Si se encuentra dentro del área de servicio del plan, llame al Grupo de Médicos de su PCP al número que figura en su tarjeta de asegurado para que lo ayuden a recibir atención médica inmediata. Si desea recibir atención fuera de horario de servicio, puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería para obtener ayuda al 1-877-213-2568 las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede utilizar MDLive las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para servicios de telesalud llamando al 800-400-6354 o visitando el sitio web www.MDLive.com. Si no tiene una tarjeta de asegurado, llame al Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

También puede utilizar los servicios de telesalud de Blue Cross Community MMAI ofrecidos a través de MDLIVE. Los asegurados deberán completar la inscripción y se les pedirá que completen un cuestionario médico en la primera visita al portal MDLIVE. Comuníquese con MDLIVE al **1-888-680-8646** o visite el sitio web de MDLIVE en mdlive.com. El acceso al servicio de telesalud se puede completar a través de una computadora, una tableta, un teléfono inteligente o un teléfono tradicional, y puede incluir video basado en la Web.

Atención médica inmediata cuando está fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, no podrá obtener el cuidado de un proveedor que forma parte de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención médica inmediata que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no incluye atención médica inmediata ni cualquier otro tipo de atención médica que no sea de emergencia que reciba fuera de los Estados Unidos.

13. Atención médica durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de Blue Cross Community MMAI.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Visite nuestra sitio web para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante una catástrofe declarada: www.bcbsil.com/mmai.

Durante una catástrofe declarada, si no puede acudir a un proveedor que forma parte de la red, le permitiremos recibir atención médica de proveedores que no forman parte de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe declarada, podrá surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, para obtener más información.

J. Qué hacer si le facturan directamente por servicios incluidos en el plan

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla al plan, usted puede solicitarnos que paguemos la factura.

No debe pagar la factura por su cuenta. Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle los pagos.

Si pagó por los servicios incluidos o recibió una factura por servicios médicos incluidos, consulte el Capítulo 7 para saber lo que debe hacer.

J1. Qué hacer si los servicios no tienen cobertura de nuestro plan

Blue Cross Community MMAI incluye todos los servicios:

- que son de necesidad médica, **y**
- que se describen en la Tabla de Beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, Sección D), **y**
- que usted recibe siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que no están incluidos por nuestro plan, **debe pagar el costo total por su cuenta.**

Si desea saber si pagamos por cualquier servicio médico o atención médica, tiene el derecho a preguntarnos. Si decimos que no pagaremos por sus servicios, tiene el derecho a apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



El Capítulo 9 explica qué hacer si usted desea que el plan cubra un servicio médico o artículo médico. También le informa cómo apelar la decisión de cobertura del plan. También puede llamar al Servicio al Asegurado para averiguar más acerca de sus derechos de apelación.

Le pagaremos por algunos servicios hasta un cierto límite. Si sobrepasa el límite, tendrá que pagar el costo total para continuar recibiendo ese tipo de servicio. Llame al Servicio al Asegurado para saber cuáles son los límites y cuán cerca se encuentra de llegar a estos.

K. ¿Cómo se incluyen sus servicios de atención médica cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?

K1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado *ensayo clínico*) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente solicita voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe un estudio en el que desea participar, y exprese el interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le informará sobre el estudio y determinará si usted es elegible para participar en este. Usted puede estar en el estudio, siempre que cumpla con las condiciones necesarias. También debe comprender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras se encuentre en el estudio, podrá permanecer inscrito en nuestro plan. De esa manera, usted continuará recibiendo el cuidado de nuestro plan no relacionado con el estudio.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* tiene que informarnos ni necesita obtener aprobación de nuestra parte o de su profesional de la salud primaria. Los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio *no* tienen que ser proveedores que forman parte de la red. Tenga en cuenta que esto no abarca los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



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

Lo alentamos a informarnos antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica. Si planea estar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de servicios médicos debe comunicarse con Servicio al Asegurado para avisarnos que participará en un ensayo clínico.

K2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si usted se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no tendrá que pagar los servicios incluidos en el estudio, y Medicare pagará los servicios incluidos en el estudio, así como los costos de rutina asociados con la atención. Al inscribirse en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tiene incluida la mayoría de los artículos y servicios que recibe como parte del estudio. Estos incluyen:

- Habitación y comidas por estadía en un hospital que Medicare pagaría, aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de cualquier efecto colateral y complicaciones de la atención médica nueva.

Si es parte de un estudio que Medicare **no ha aprobado**, tendrá que pagar cualquier costo por participar en él.

K3. Obtenga más información acerca de los estudios de investigación clínica

Para averiguar más sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica, lea "Medicare & Clinical Research Studies" (Medicare y Estudios de Investigación Clínica) en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



L. Cómo están incluidos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud

L1. Definición de centro religioso no médico dedicado a la salud

Un centro religioso no médico dedicado a la salud es un lugar que proporciona cuidado que usted normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada va contra sus creencias religiosas, cubriremos la atención médica en un centro religioso no médico dedicado a la salud.

Este beneficio se provee únicamente para servicios para pacientes internados de Medicare Parte A (servicios de atención médica no médicos). Medicare solo pagará por servicios de atención médica no médicos proporcionados por centros religiosos no médicos dedicados a la salud.

L2. Obtener atención médica en un centro religioso no médico dedicado a la salud

Para recibir atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud, usted deberá firmar un documento legal en el que declare que se opone a recibir tratamientos médicos “no exceptuados”.

- Un tratamiento médico “no exceptuado” hace referencia a cualquier tipo de atención médica *voluntaria* y *no* exigida por las leyes federales, estatales o locales.
- Un tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención médica que *no* es voluntaria y que *se requiere* bajo la ley federal, estatal o local.

Para estar incluido en nuestro plan, el cuidado que usted recibe de un centro religioso no médico dedicado a la salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención médica.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Si recibe servicios de esta institución que le son proporcionados en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios incluidos para atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.

Se aplican los límites de cobertura de atención en hospital para pacientes internados de Medicare. Consulte la Tabla de Beneficios del plan (Capítulo 4, Sección D).

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como asegurado de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME, en inglés) incluye ciertos artículos pedidos por el proveedor como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión intravenosa IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será propietario de ciertos artículos, como las prótesis.

En esta sección, analizamos el equipo médico duradero que debe alquilar. Como asegurado de Blue Cross Community MMAI, generalmente, no será propietario del equipo alquilado, sin importar por cuánto tiempo lo haya alquilado.

En determinadas situaciones, transferiremos el derecho de propiedad del artículo de DME a usted. Llame a Servicio al Asegurado para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe proporcionar.

Incluso si usted tenía el equipo médico duradero por hasta 12 meses seguidos bajo Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, no será propietario del equipo.

M2. La propiedad de DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se vuelven propietarios después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede establecer el número de meses que las personas pueden alquilar ciertos tipos de DME antes de hacerse propietarios.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

NOTA: Puede encontrar definiciones de los planes Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información acerca de ellos en el manual *Medicare y Usted 2025*. Si no cuenta con una copia de este documento, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o 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.

Deberá realizar los 13 pagos seguidos bajo Original Medicare, o deberá realizar el número de pagos seguidos que establezca el plan Medicare Advantage, para hacerse propietario del artículo DME si:

- no se hizo propietario del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan **y**
- sale del plan y obtiene sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare en lugar de un seguro de gastos médicos.

Si realizó pagos para el artículo DME bajo Original Medicare o un plan Medicare Advantage antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos a Original Medicare o al plan Medicare Advantage no cuentan hacia los 13 pagos que debe realizar después de salir de nuestro plan.**

- Deberá realizar los 13 pagos seguidos bajo Original Medicare, o el número de pagos seguidos que establezca el plan Medicare Advantage, para hacerse propietario del artículo DME.
- No hay excepciones a esto cuando vuelve a Original Medicare o al plan Medicare Advantage.

M3. Beneficios de equipo de oxígeno como asegurado del plan

Si usted es elegible para recibir equipos de oxígeno incluidos por Medicare y es asegurado de nuestro plan, incluiremos lo siguiente:

- renta del equipo de oxígeno
- entrega y contenido de oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para la entrega y el contenido de oxígeno
- mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



El equipo de oxígeno se debe devolver al propietario cuando ya no sea de necesidad médica o si deja nuestro plan.

M4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

En el caso de que el equipo de oxígeno sea de necesidad médica y **usted deje nuestro plan y se cambie a Original Medicare**, lo alquilará a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler incluyen el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios que se mencionan arriba.

Si el equipo de oxígeno es de necesidad médica **después de alquilarlo durante 36 meses**:

- Su proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Su proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno y los suministros por hasta 5 años si es de necesidad médica.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo de necesidad médica **al final del período de 5 años**:

- su proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede optar por recibir un equipo de reemplazo de cualquier otro proveedor.
- Comienza un período nuevo de 5 años.
- Alquilará el equipo a un proveedor durante 36 meses.
- Su proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- El ciclo nuevo comienza cada 5 años, siempre que el equipo de oxígeno sea de necesidad médica.

En caso de que el equipo de oxígeno sea de necesidad médica y **usted deje nuestro plan y se cambie a Medicare Advantage**, el plan cubrirá al menos lo que cubra Original Medicare. Puede consultar a su plan Medicare Advantage cuáles son los equipos de oxígeno y los suministros que incluye, y cuáles serán sus costos.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa acerca de los servicios que Blue Cross Community MMAI incluye y cualquier restricción o límite en aquellos servicios. También le informa acerca de beneficios sin cobertura conforme al plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *manual del asegurado*.

Tabla de contenido

A. Sus servicios incluidos	72
A1. Durante emergencias de salud pública	72
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios	72
C. Tabla de Beneficios de nuestro plan	73
D. La Tabla de Beneficios	75
E. Los beneficios para visitantes o viajeros de nuestro plan	124
F. Beneficios incluidos fuera de Blue Cross Community MMAI	124
F1. Cuidados paliativos	124
G. Beneficios sin cobertura de Blue Cross Community MMAI, Medicare o Medicaid	125
H. Nuevos tratamientos y tecnologías médicas	127

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



A. Sus servicios incluidos

En este capítulo, se indica qué servicios incluye Blue Cross Community MMAI. También puede aprender acerca de los servicios sin cobertura. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5. En este capítulo también se explican los límites con respecto a algunos servicios.

Puesto que recibe asistencia de Medicaid, usted no paga nada por sus servicios incluidos mientras siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3, Sección B, para obtener más detalles sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están incluidos, llame al Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

A1. Durante emergencias de salud pública

Para el 2025, se dispondrá de telesalud adicional para consultas/evaluaciones de salud conductual y servicios de atención médica inmediata, como el diagnóstico y tratamiento de una variedad de síntomas, es decir, alergias, fiebre, tos, dolor de cabeza y otras enfermedades de bajo riesgo. El beneficio de Telesalud para la salud conductual y la atención médica inmediata está disponible a través de MD Live sin costo alguno.

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios

No permitimos que los proveedores de Blue Cross Community MMAI le facturen a usted por servicios incluidos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.

Nunca deberá recibir una factura de un proveedor por servicios incluidos. Si esto sucede, consulte el Capítulo 7, Sección A, o llame a Servicio al Asegurado.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



C. Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios en la Sección D le indica los servicios que paga el plan. Se enumeran las categorías de servicios en orden alfabético y se explican los servicios incluidos. Está dividida en dos secciones, Servicios Generales, que se ofrecen a todos los inscritos, y Servicios en el Hogar y en la Comunidad, que se ofrecen a los afiliados que son elegibles para recibir los beneficios del programa a través de un programa de exención de servicios en el hogar y en la comunidad.

Pagaremos por los servicios descritos en la Tabla de Beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas. Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura que se describen a continuación.

- Sus servicios incluidos por Medicare y Medicaid se deben proporcionar de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medicaid.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser de necesidad médica. De necesidad médica significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica que ya padezca o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a un hogar de servicios de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas o, de otro modo, son necesarios conforme a las reglas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Illinois.
- Para los nuevos inscritos, el plan debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor que no forma parte de la red.
- Usted recibe su atención médica de un proveedor que forma parte de la red. Un proveedor que forma parte de la red es un proveedor que trabaja con el seguro de gastos médicos. En la mayoría de los casos, el plan no pagará por la atención que usted recibe de un proveedor que no forma parte de la red. El

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Capítulo 3, Sección D contiene información adicional acerca de cómo acudir a los proveedores que forman parte de la red y que no forman parte de la red.

- Usted tiene un profesional de la salud primaria (PCP) o un equipo de cuidado que proporciona y administra su atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP debe autorizarlo antes de poder acudir a alguien que no sea su PCP o de usar otros proveedores de la red del plan. Esto se llama un *referido*. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo conseguir un referido y los casos en los que no necesita ningún referido.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios están incluidos solamente si su médico u otro proveedor que forma parte de la red obtienen una aprobación previa de nuestra parte. Esto se denomina *autorización previa*. Los servicios incluidos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios con un asterisco (*).
- Si su plan proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura, sus antecedentes médicos y la recomendación del proveedor de tratamiento.
- Todos los servicios de prevención son gratuitos. Encontrará esta manzana 🍏 al lado de los servicios de prevención en la Tabla de Beneficios.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



D. La Tabla de Beneficios

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal El plan cubrirá un examen de detección por ultrasonido una única vez para las personas en riesgo. El plan solo incluye este examen de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene un referido de su médico, asistente médico, enfermero profesional o enfermero especialista profesional.	\$0
Aborto Los servicios de aborto están incluidos por Medicaid (no por Blue Cross Community MMAI) cuando usa su tarjeta de Atención Médica y Servicios para Familias (HFS, en inglés).	\$0
Acupuntura para dolor lumbar crónico El plan pagará por hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor crónico de espalda baja, definido de la siguiente manera: • tiene una duración de 12 semanas o más. • no es específico (no tiene ninguna causa sistémica que pueda identificarse, como no estar asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa). • no está asociado con cirugía y • no está asociado con el embarazo. El plan pagará por 8 sesiones adicionales si muestra mejoras. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura cada año. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
 Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento El plan incluye un examen de detección de abuso de alcohol para adultos que usan indebidamente el alcohol, pero no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si el examen de detección le da positivo para el consumo indebido de alcohol, el plan incluye hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un proveedor médico o profesional de la salud primaria calificado en un entorno de atención primaria.	\$0
Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia incluidos, ya sea para una situación de emergencia o no de emergencia, incluyen los servicios de ambulancia por tierra y aire (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan. En los casos que no son emergencias, el plan puede pagar para solicitar una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud.	\$0
 Consulta preventiva anual Si usted ha estado en la Parte B de Medicare durante más de 12 meses, puede recibir un chequeo médico anual. Esto es para elaborar o actualizar un plan de	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
prevención basado en sus factores de riesgo actuales. El plan cubrirá esto una vez cada 12 meses. Nota: Usted no puede tener su primer chequeo médico anual dentro de los 12 meses de su consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Usted tendrá cobertura para los controles anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. Usted no necesita haber tenido primero una consulta de “Bienvenida a Medicare”.	
 Mediciones de masa ósea El plan incluye ciertos procedimientos para los asegurados que son elegibles (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea. El plan cubrirá los servicios una vez cada 24 meses o más a menudo si son de necesidad médica. El plan también pagará por un médico para que examine y comente sobre los resultados.	\$0
 Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) El plan cubrirá los siguientes servicios: • una mamografía de base entre los 35 y 39 años; • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años; • un examen clínico de mamas cada 24 meses.	\$0
Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)* El plan incluye los servicios de rehabilitación cardíaca, tales como ejercicio, educación y	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
asesoramiento. Los asegurados deben cumplir ciertas condiciones con una orden del médico. El plan también incluye programas <i>intensivos</i> de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	
 Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (corazón) (tratamiento de enfermedades cardíacas) El plan incluye una consulta anual a su profesional de la salud primaria para ayudar a reducir su riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante esta consulta, es posible que su médico haga lo siguiente: • hable sobre el uso de la aspirina; • mida su presión arterial; o • le de consejos para asegurarse de que está comiendo apropiadamente.	\$0
 Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón) El plan incluye los análisis de sangre para determinar si hay una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos exámenes de la sangre también determinan si existen defectos debido a un elevado riesgo de enfermedades cardíacas. Si su profesional de la salud primaria lo considera de necesidad médica, puede haber cobertura para exámenes adicionales.	\$0
Teléfono celular* El plan incluye un teléfono celular para asegurados con ciertas afecciones que no tienen acceso habitual a un teléfono. El coordinador de servicios médicos	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	debe aprobar que necesite un teléfono en su plan de atención médica.	
	Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino El plan incluye los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas una vez cada 12 meses	\$0
	Servicios quiroprácticos El plan incluye los ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.	\$0
	Examen de detección de cáncer colorrectal El plan pagará por los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está incluida una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no son de alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no están en alto riesgo después de que el paciente recibiera un examen de detección de colonoscopia. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Examen de detección de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
• ADN de heces multidiaria para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia en pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario o el último examen de detección de colonoscopia. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no están en alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez, al menos, 48 meses después del último examen de detección por enema de bario de selección o sigmoidoscopia flexible. Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal con base en heces no invasivo incluido por Medicare arroje un resultado positivo.	
 Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco: • El plan cubrirá dos intentos con asesoramiento para dejar el tabaco en un período de 12 meses como servicio de prevención. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
• El plan cubrirá dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y está embarazada: • El plan cubrirá tres intentos para dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	
Servicios dentales El plan incluye los siguientes servicios dentales: • Exámenes limitados e integrales para atención médica preventiva adicional • Restauraciones (rellenos y coronas) • dentaduras postizas • extracciones • sedación • emergencias dentales • servicios dentales necesarios para la salud de una mujer embarazada antes del parto de su bebé • limpieza dental • exámenes bucales • Limpiezas profundas • tratamiento para la enfermedad de las encías Además de los servicios dentales mencionados anteriormente, Blue Cross Community MMAI también incluye los siguientes servicios de prevención:	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
• dos exámenes orales por año • dos limpiezas preventivas por año • un tratamiento con fluoruro por año • una radiografía por año Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como la preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes orales antes del trasplante de riñón.	
Servicios dentales e integrales El plan ofrece \$800 de asignación como beneficio complementario cada año para ayudar a pagar los servicios dentales que, de otra manera, no estarían incluidos por Medicare o Medicaid.	El asegurado sería responsable de cualquier cargo por los servicios que excedan la asignación de beneficios complementaria anual de \$800.
 Examen de detección de depresión El plan cubrirá un examen de detección de la depresión cada año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que provea tratamientos de seguimiento y referidos.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
 Examen de detección de diabetes El plan incluye este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • historial de alto nivel de azúcar en sangre (glucosa) Las pruebas podrían estar incluidas en algunos otros casos, como por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes. Usted puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su examen de detección de diabetes más reciente.	\$0
 Suministros, servicios y capacitación para el autocontrol de la diabetes El plan cubrirá los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para comprobar su glucosa en sangre, incluidos los siguientes: ○ un monitor de glucosa en sangre ○ tiras de prueba de glucosa en sangre ○ lancetas y dispositivos para lancetas ○ soluciones para control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético, el plan cubrirá lo siguiente:	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
○ un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (incluyendo plantillas) y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, ○ ○ un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas proporcionadas con dichos zapatos) El plan también cubrirá zapatos terapéuticos personalizados o zapatos de profundidad. ● El plan cubrirá capacitación para ayudarlo a controlar su diabetes, en algunos casos. Nota: Los suministros para las pruebas de la diabetes (medidores y tiras) obtenidos a través de la farmacia se limitan a los productos de la marca Lifescan (OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio Reflect, OneTouch Verio IQ, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini and OneTouch Ultra 2). Se requerirá autorización previa para todos los demás suministros para las pruebas de la diabetes (medidores y tiras). Todas las tiras reactivas también estarán sujetas a una cantidad límite de 204 cada 30 días. Los productos de monitoreo continuo de glucosa (CGM, en inglés) obtenidos a través de la farmacia están sujetos a autorización previa y cantidad límite. Los productos preferidos para la monitorización continua de glucosa (CGM) son Dexcom G6, Dexcom G7 cuando se utiliza con un receptor Dexcom, y los productos Abbott Freestyle Libre y Freestyle Libre 2, y Freestyle Libre 3 cuando se utiliza con un receptor Freestyle Libre. Para todos los demás productos de monitorización continua de la glucosa, se requerirá la aprobación previa, el ensayo y el fallo de un producto de MCG preferido.	

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
Atención Médica de Emergencia Atención médica de emergencia significa los siguientes servicios: • prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, y • necesarios para el tratamiento de una emergencia médica. Una emergencia médica es una afección médica con dolor agudo o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona que tenga un conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar que suceda lo siguiente: • serio riesgo para su salud o la de su hijo nonato; o • daño grave en las funciones corporales; o • disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o • en caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: ◦ no hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto. ◦ la transferencia a otro hospital puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato. Usted puede recibir atención médica de emergencia incluida en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios. La atención médica de emergencia fuera de Estados Unidos y sus territorios no tiene cobertura, excepto en determinadas situaciones. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información.	\$0 Si obtiene atención médica de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención de paciente internado después de que su emergencia se haya estabilizado, debe regresar a un hospital de la red para que se cubra su atención médica. Puede permanecer en el hospital que no forma parte de la red para la atención durante hospitalización como paciente internado únicamente si el plan aprueba su permanencia.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir a cualquier proveedor, ya sea un proveedor que forma parte de la red o un proveedor que no forma parte de la red, para recibir determinados servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. El plan cubrirá los siguientes servicios: • examen de planificación familiar y tratamiento médico • laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico • métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parche, anillo, DIU, inyecciones, implantes) • suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, placa, diafragma, capuchón) • asesoramiento y diagnóstico de la infertilidad y servicios relacionados • asesoramiento y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH • tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) • esterilización voluntaria (debe tener 21 años de edad o más, y debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Por lo menos 30 días, pero no más de 180 días, deben transcurrir entre la fecha en que usted firme el formulario y la fecha de la cirugía). • asesoramiento genético	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
• vitaminas prenatales y suplementos de ácido fólico ordenados por receta médica y surtidos por una farmacia El plan también cubrirá algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá recurrir a un proveedor que forma parte de la red del plan para los siguientes servicios: • El tratamiento de condiciones médicas de infertilidad (Este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada). • Servicios de preservación de la fertilidad. • Tratamiento para el SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH. • Pruebas genéticas.	
Servicios de reasignación de género Para los asegurados con un diagnóstico de disforia de género, el plan incluye los servicios de reasignación de género. Algunos exámenes de detección y servicios están sujetos a autorización previa y requisitos de referido.	\$0
 Programas educativos de salud y bienestar Programa de Manejo de Enfermedades • El Programa de Manejo de Enfermedades de Blue Cross Community MMAI es un plan integral que sigue los componentes reconocidos a nivel nacional de las intervenciones por enfermedades crónicas. Esto incluye servicios de educación, asesoría en salud y administración de servicios médicos para abordar su condición crónica. • Para obtener más información, llame a su coordinador de servicios médicos.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana • Esta línea de ayuda tiene personal las 24 horas del día con enfermeras profesionales que pueden ayudarlo a decidir si debe llamar a su médico, visitar una sala de emergencias (ER, en inglés) o una atención médica inmediata, o tratar el problema usted mismo. • Puede llamar al número que aparece al dorso de su tarjeta de asegurado para obtener el número de la Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para su plan. Programa de acondicionamiento físico • SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa mediante el acondicionamiento físico y la conexión social. • Visite SilverSneakers.com para averiguar más sobre su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.	
Servicios para la audición* El plan incluye pruebas auditivas y de equilibrio, realizadas por su proveedor. Estas pruebas le informan si necesita un tratamiento médico. Están incluidas como atención médica para pacientes no hospitalizados cuando las obtiene de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. El plan también incluye lo siguiente: • pruebas auditivas básicas y avanzadas • asesoramiento sobre audífonos • ajuste/evaluación de un audífono	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
• audífonos una vez cada tres años • baterías y accesorios para audífonos • reparación y repuestos de las piezas del audífono	
 Examen de detección del VIH El plan paga por un examen de detección de VIH cada 12 meses para las personas que: • soliciten un examen de detección de VIH • tengan mayor riesgo de infección por VIH. Para las mujeres que están embarazadas, el plan paga hasta tres exámenes de detección de VIH durante el embarazo.	\$0
Atención de una agencia de atención médica a domicilio* Antes de que pueda obtener servicios de atención médica a domicilio, un médico debe indicarnos que los necesita, y estos deben ser proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio. El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Servicios de enfermería especializada y de asistencia médica en el hogar a tiempo parcial o intermitentes (que se incluirán conforme al beneficio médico; los servicios de enfermería especializada y de atención médica en el hogar combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
Terapia de infusión en el hogar* El plan pagará por la terapia de infusión en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administrados por vía intravenosa o subcutánea, que se le proporcionarán en su casa. Para realizar las infusiones en el hogar, se necesita lo siguiente: • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; y • suministros, como tubos o un catéter. El plan cubrirá los servicios de infusiones en el hogar que incluyen, entre otros, lo siguiente: • servicios profesionales, incluso los servicios de enfermería que se prestan de conformidad con su plan de cuidado; • capacitación y educación de asegurados que no están incluidos en el beneficio del DME; • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para la estipulación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar, suministrados por un proveedor calificado para brindar este tipo de tratamientos.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
Cuidados paliativos* Tiene derecho a elegir cuidado paliativo si su proveedor y el director médico del centro de cuidado paliativo determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede obtener cuidado de cualquier programa de centro de cuidado paliativo certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor que forma parte de la red o un proveedor que no forma parte de la red. El plan cubrirá lo siguiente mientras usted esté obteniendo servicios en un centro de cuidados paliativos: • medicamentos para tratar el dolor y los síntomas • atención médica de relevo a corto plazo • atención en el hogar, incluida la asistencia médica en el hogar • servicios de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje para controlar los síntomas • asesoría en salud Los servicios de cuidados paliativos y los servicios incluidos por Medicare Parte A o B se facturan a Medicare: • Consulte la Sección F en este capítulo para obtener más información. <i>En el caso de los servicios que están incluidos por Blue Cross Community MMAI, pero no lo están por Medicare Parte A o B:</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
• Blue Cross Community MMAI cubrirá los servicios incluidos por el plan que no tengan cobertura bajo Medicare Parte A o B. El plan incluirá los servicios que estén relacionados o no con su enfermedad terminal. Usted no paga nada por estos servicios. Para medicamentos que pueden estar incluidos por el beneficio de Medicare Parte D de Blue Cross Community MMAI: • Los medicamentos nunca están incluidos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F. Nota: Si necesita un cuidado distinto a los cuidados paliativos, debe llamar a su coordinador de servicios médicos para coordinar los servicios. El cuidado distinto a los cuidados paliativos es el que no está relacionado con su enfermedad terminal. Puede comunicarse con su “coordinador de servicios médicos” al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Nuestro plan incluye servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para las personas desahuciadas que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
 Vacunas El plan cubrirá los siguientes servicios: • Vacuna contra la pulmonía. • La gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, y vacunas adicionales contra la gripe si es de necesidad médica. • Vacuna contra la hepatitis B para pacientes en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
• Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B. El plan cubrirá otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Lea el Capítulo 6, Sección D para averiguar más.	
Atención hospitalaria para pacientes internados* El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • habitación semiprivada (o habitación privada si es de necesidad médica) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería de rutina • costos de unidades de atención médica especializada, como las unidades de cuidados intensivos o coronarios • medicamentos y medicinas • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • suministros quirúrgicos y médicos necesarios • aparatos, tales como sillas de ruedas • servicios de quirófano y sala de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios para pacientes internados por abuso de sustancias • sangre, incluyendo componentes sanguíneos, almacenamiento y administración de la misma • servicios proporcionados por un médico • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, cardiopulmonar, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral.	\$0 Debe obtener aprobación del plan para continuar recibiendo atención como paciente internado en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales tienen voluntad de aceptar la tarifa de Medicare, entonces usted puede optar por recibir servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención para su comunidad. Si Blue Cross Community MMAI proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de atención para su comunidad y usted elige obtener el trasplante ahí, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes al alojamiento y transporte para usted y un acompañante. El plan cubrirá hasta 14 servicios de alimentos a domicilio después de recibir el alta del hospital.	
Servicios de salud mental para pacientes internados* El plan cubrirá una atención psiquiátrica durante la hospitalización de un paciente internado de necesidad médica en instituciones aprobadas.	\$0
Hospitalizaciones: Los servicios incluidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) durante una hospitalización no incluida Si su estadía de paciente internado no es razonable y necesaria, el plan no pagará por esta. Sin embargo, en algunos casos, el plan cubrirá los servicios que usted obtenga mientras se encuentre en el hospital o en un centro de servicios de enfermería. El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
• servicios de médicos • pruebas de diagnóstico, tales como pruebas de laboratorio • radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios técnicos • apósitos quirúrgicos • férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y luxaciones • aparatos de prótesis/ortótica, que no sean dentales, incluyendo reemplazo o reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que: ○ sustituyen la totalidad o parte de un órgano interno (incluidos los tejidos contiguos), o ○ sustituyen la totalidad o parte de la función de un órgano interno dañado o que no funciona bien. • prótesis para piernas, brazos, espalda y cuello, amarres y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y sustituciones necesarias debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición del paciente • fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	
Suministros y servicios para enfermedades renales* El plan cubrirá los siguientes servicios: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los asegurados tomen decisiones fundamentadas acerca su atención médica. ○ Debe tener una enfermedad renal crónica de fase IV y su médico debe remitirlo. ○ El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
• Tratamientos de diálisis pacientes no hospitalizados, incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si se lo interna en un hospital para recibir cuidados especiales. • Capacitación para autodiálisis, incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en el hogar. • Equipos y suministros para diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de soporte a domicilio, tales como consultas necesarias de trabajadores de diálisis entrenados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua. Su beneficio de medicamentos de Medicare Parte B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte la sección "Medicamentos con receta de Medicare Parte B" en esta tabla.	
 Examen de detección de cáncer de pulmón El plan pagará un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si: • tiene entre 50 y 77 años, y • tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisión conjunta con su médico u otro proveedor calificado, y • si ha fumado al menos 1 paquete por día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón o si ahora fuma o ha dejado de fumar en los últimos 15 años.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
Después del primer examen de detección, el plan pagará por otro examen de detección cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado.	
Equipo médico y suministros relacionados* Los siguientes tipos generales de servicios y artículos se hallan incluidos: • Los suministros médicos no duraderos, tales como vendajes quirúrgicos, vendas, jeringas desechables, materiales para incontinencia, materiales de ostomía y terapia de nutrición enteral. • Equipo médico duradero (DME), por ejemplo, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, andadores, camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión intravenosa (IV, en inglés), humidificadores y dispositivos de asistencia para el habla (para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este manual). • Aparatos de prótesis y ortótica, medias elásticas de compresión, zapatos ortóticos, soportes para arco, plantillas para los pies. • Suministros y equipos respiratorios, tales como equipos de oxígeno, equipos CPAP y BIPAP. • Reparación de equipo médico duradero, dispositivos ortopédicos y dispositivos prostéticos. • Alquiler de equipo médico en circunstancias donde las necesidades del paciente son provisionales. Para ser elegible para el reembolso, algunos servicios podrían estar sujetos a autorización previa o criterios médicos.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
Pagaremos todos los DME de necesidad médica que Medicare y Medicaid suelen pagar. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted.	
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico. El plan cubrirá las tres horas de los servicios de consejería personal durante el primer año en que usted obtenga servicios de terapia de nutrición médica en Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare). Cubrimos las dos horas de servicios de consejería personal cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año, si su tratamiento es necesario el próximo año calendario.	\$0
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) El plan pagará por los servicios de MDPP. MDPP está diseñado para ayudar a incrementar un comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en lo siguiente: • cambio de dieta a largo plazo y • aumento de actividad física y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
Medicamentos con receta de Medicare Parte B* Estos medicamentos están incluidos conforme a Medicare Parte B. Blue Cross Community MMAI cubrirá los siguientes medicamentos: • Medicamentos que, por lo general, usted no se administra a sí mismo y se inyectan o se infunden mientras obtiene servicios del centro de cirugía para pacientes no hospitalizados, cuidado para pacientes no hospitalizados o de un médico. • Insulina suministrada a través de un artículo de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina de necesidad médica). • Otros medicamentos administrados por medio de un equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa (IV). • Factores de coagulación que se autoadministra mediante inyección, si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores/trasplantes: Medicare incluye la terapia de medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante incluido, y debe tener la Parte B en el momento en que reciba los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare incluye los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los incluye si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos. • Medicamentos que se inyectan para la osteoporosis. Estos medicamentos se pagan si usted está confinado en casa, tiene una fractura	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y usted mismo no puede inyectarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare incluye los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión apropiada. • Ciertos medicamentos antineoplásicos orales: Medicare incluye algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el del medicamento inyectable. A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B puede incluirlos. Si la Parte B no los incluye, la Parte D sí. • Medicamentos antináuseas orales: Medicare incluye los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas de la quimioterapia o se utilizan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, en inglés) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo incluye. • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar.	

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
• Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea de necesidad médica) y anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare incluye la eritropoyetina por inyección si usted tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa, Mircera®, o Metoxi polietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en casa de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) El siguiente enlace lo llevará a una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: www.bcbsil.com/mmai (haga clic en Lista de medicamentos cuando esté en esta página). También cubrimos algunas vacunas conforme nuestra Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos con receta para pacientes no hospitalizados. Explica las reglas que usted debe seguir para contar con la inclusión de recetas médicas. El Capítulo 6 explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes no hospitalizados por medio de nuestro plan.	

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
Transporte médico para casos que no sean de emergencia* MMAI está trabajando con ModivCare para proporcionar servicio de transporte médico para casos que no sean de emergencia. Usted puede conseguir un viaje a la cita de un proveedor, a la farmacia después de su cita o a un evento de MMAI. También puede ir a un Blue Door Neighborhood Center. • Medicare • Ambulancia que no sea de emergencia • Vehículo de servicio • Taxi El plan también cubrirá el transporte médico para casos que no sean de emergencia a lugares relacionados con la salud cuando el plan lo apruebe.	\$0
Atención en Centros de Servicios de enfermería (NF) y atención en centros de enfermería especializada (SNF)* El plan cubrirá centros de enfermería especializada (SNF) y centros de cuidados intermedios (ICF). El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • habitación semiprivada o habitación privada, si es de necesidad médica, mantenimiento y limpieza • comidas, incluidas comidas especiales, sustitutos alimentarios y suplementos nutricionales • servicios de enfermería y supervisión/control para el residente • servicios proporcionados por un médico • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • medicamentos, y otros fármacos disponibles en farmacia sin receta médica, recetados por su médico	Cuando sus ingresos excedan un monto permitido, debe contribuir al monto de sus servicios. Esta contribución, llamada monto de pago de paciente, es necesaria si vive en un centro de servicios de enfermería. Sin embargo, puede que no deba pagar un monto por mes. La responsabilidad de pago del paciente no aplica sobre los días incluidos por Medicare en un centro de servicios de enfermería.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
como parte de su plan de atención, incluidos medicamentos de venta libre y su administración • equipo médico duradero no habitual (como sillas de ruedas y andadores) • suministros médicos y quirúrgicos (como vendas, insumos para administración de oxígeno, insumos y equipos para el cuidado bucal, un tanque de oxígeno por residente por mes) • servicios adicionales proporcionados en un centro de servicios de enfermería, en cumplimiento normativo estatal y federal Por lo general, usted obtendrá su cuidado de centros de la red. Sin embargo, usted puede obtener su cuidado en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes centros si aceptan los montos de nuestro plan para el pago: • Un hogar de servicios de enfermería o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que proporcione el cuidado de un centro de servicios de enfermería). • Un centro de servicios de enfermería donde su cónyuge o pareja en unión libre vive en el momento en que usted abandona el hospital.	
 Examen de detección de la obesidad y terapia para bajar de peso Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan cubrirá los servicios de asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Debe obtener el asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa forma, se puede administrar con su plan de prevención completo. Hable con su profesional de la salud primaria para obtener más información.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
Servicios del programa de tratamiento de opioides (OTP) Con el plan, se pagarán los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD, en inglés): • actividades de admisión • pruebas periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, de ser necesario, la administración y la implementación personal de estos medicamentos • asesoramiento sobre el consumo de sustancias • tratamiento individual y grupal • detección de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas toxicológicas)	\$0
Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes no hospitalizados* El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Radiografías. • Radioterapia (con isótopos y radio), incluidos los materiales y suministros del técnico. • Pruebas de laboratorio. • Sangre, componentes sanguíneos y administración de los mismos. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes no hospitalizados.	\$0
Servicios para pacientes no hospitalizados* El plan incluye los servicios de necesidad médica que usted reciba en el departamento para pacientes no	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
hospitalizados de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes no hospitalizados, como servicios de observación o cirugía para pacientes no hospitalizados. ○ Los servicios de observación permiten que el médico sepa si es necesario ingresarlo al hospital como “paciente internado”. ○ En ocasiones, puede pasar la noche en el hospital y continuar siendo un “paciente no hospitalizado”. ○ Usted puede obtener más información acerca de ser un paciente internado o un paciente no hospitalizado en esta hoja informativa: www.medicare.gov/media/11101 • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención médica de salud mental, que incluye el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica sin ella se requeriría tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital. • suministros médicos, como férulas y yesos. • exámenes preventivos y servicios de prevención listados en la Tabla de Beneficios. • algunos medicamentos que usted no se puede administrar a sí mismo	

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
Atención de salud mental para pacientes no hospitalizados El plan cubrirá los servicios de salud mental proporcionados por: • un médico, o un psiquiatra autorizado por el estado • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • un enfermero especialista profesional • un enfermero profesional (NP, en inglés) • un asistente médico • un consejero clínico profesional (LPC, en inglés) • terapeuta profesional para parejas y familias (LMFT, en inglés) • Centros comunitarios de Salud Mental (CMHC) • Clínicas de Salud Conductual (BHC) • hospitales • clínicas con tasas de encuentro, tales como Centros de Salud Acreditados por el Gobierno Federal (FQHC), o • cualquier otro profesional en salud mental calificado por Medicare, según lo permitido bajo las leyes estatales aplicables. El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios de salud mental para pacientes no hospitalizados: • servicios clínicos proporcionados bajo la dirección de un médico • servicios de rehabilitación recomendados por un médico o un proveedor médico autorizado, tales como la evaluación integrada y la planificación de	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
tratamientos, intervención en crisis, terapia y administración de casos • servicios de tratamiento por día • servicios hospitalarios para pacientes no hospitalizados, tales como servicios opción tipo A y tipo B en clínicas Los servicios específicos que cada tipo de proveedor descrito anteriormente puede prestar y cualquier control del uso de dichos servicios se determinarán mediante el plan de acuerdo con las leyes federales y estatales y todas las políticas y/o acuerdos aplicables.	
Servicios de crisis de salud mental para pacientes no hospitalizados (ampliados) Además de los servicios de intervención en crisis, el plan cubrirá los siguientes servicios de intervención en crisis de necesidad médica: • Servicio Móvil de Respuesta ante Crisis (MCR): MCR es un servicio móvil de tiempo limitado para la reducción, estabilización y restauración de síntomas de crisis al nivel en el que estaban. Los servicios MCR requieren un examen de detección presencial usando un instrumento de evaluación de crisis aprobado por el estado y pueden incluir: intervención a corto plazo, planificación de seguridad ante crisis, asesoramiento breve, consulta con otros proveedores calificados y referido a otros servicios comunitarios de salud mental. Para acceder a los servicios MCR, los asegurados del seguro de gastos médicos o las personas preocupadas por los asegurados del seguro de gastos médicos deben llamar a la línea de admisión de crisis del estado, CARES, al 1-800-345-9049	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
(TTY: 1-866-794-0374). CARES enviará un proveedor local a la ubicación del asegurado del seguro de gastos médicos en crisis. • Estabilización de crisis: Los servicios de estabilización de crisis son apoyos intensivos de tiempo limitado disponibles por hasta 30 días después de un evento de MCR para prevenir otras crisis de salud conductual. Los servicios de estabilización de crisis proporcionan apoyo basado en las fortalezas según cada caso, en el hogar o la comunidad. El seguro de gastos médicos cubrirá los servicios móviles de respuesta ante crisis y estabilización de crisis proporcionados por los siguientes: • Centros Comunitarios de Salud Mental con una certificación de respuesta ante crisis del estado • Clínicas de Salud Conductual con una certificación de respuesta ante crisis del estado.	
Servicios de rehabilitación para pacientes no hospitalizados* El plan cubrirá fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Puede recibir servicios de rehabilitación pacientes no hospitalizados de los Departamentos de Pacientes No Hospitalizados del hospital, Consultorios de Terapeutas Independientes, Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes No Hospitalizados (CORF, en inglés) y otros centros de salud.	\$0
Cirugía para pacientes no hospitalizados* El plan cubrirá la cirugía para pacientes no hospitalizados y servicios en centros para pacientes	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
no hospitalizados del hospital y centros quirúrgicos para pacientes no hospitalizados.	
Medicamentos y suministros de venta libre: artículos complementarios relacionados con la salud personal El plan incluye ciertos productos y suministros de venta libre. El plan pagará un beneficio de hasta \$30 por trimestre. El artículo se enviará a su dirección en un plazo de entre 7 y 10 días laborables. Puede realizar un (1) pedido por trimestre. Los fondos que no se usan no se transfieren al período siguiente. <i>Comuníquese con nuestro proveedor productos de venta libre (OTC, en inglés), Convey Health Solutions, al: 1-855-891-5274.</i>	
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes no hospitalizados* El Programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes no hospitalizados o por un centro comunitario de salud mental. Es más intensa que la atención que usted recibe en la oficina de su médico, terapeuta, terapeuta profesional para parejas y familias (LMFT), o consejero profesional licenciado. Puede ayudarlo a evitar que deba permanecer en el hospital. El servicio intensivo para pacientes no hospitalizados es un programa estructurado de tratamiento de salud conductual (mental) activa proporcionado en un hospital para pacientes no hospitalizados, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud acreditado por el gobierno federal o una clínica rural; es más intensivo que la atención recibida en el	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
consultorio del médico, terapeuta, terapeuta profesional para parejas y familias (LMFT, en inglés) o consejero profesional con licencia, pero menos intensivo que la hospitalización parcial.	
Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a consultorios El plan cubrirá los siguientes servicios: • Atención de necesidad médica o servicios de cirugía proporcionados en lugares tales como los siguientes: ○ consultorio del médico ○ centro quirúrgico para pacientes no hospitalizados certificado ○ departamento de pacientes no hospitalizados del hospital • consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • exámenes auditivos y de equilibrio básicos proporcionados por su profesional de la salud primaria, si su médico lo indica, para determinar si necesita tratamiento • Ciertos servicios de telesalud que incluyen la salud conductual, el dolor de garganta, la fiebre, la tos, las náuseas y otras enfermedades que no son de emergencia. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. ○ Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, entonces debe consultar con un proveedor que forma parte de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de telesalud.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
• Este servicio de telesalud se ofrece a través de MDLIVE. Los asegurados deberán completar la inscripción y se les pedirá que completen un cuestionario médico en la primera visita al portal MDLIVE. Comuníquese con MDLIVE al 1-888-680-8646 o visite el sitio web de MDLIVE en <u>mdlive.com</u>. El acceso al servicio de telesalud se puede completar a través de una computadora, una tableta, un teléfono inteligente o un teléfono tradicional, y puede incluir video basado en la Web. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico, están destinados para asegurados en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • servicios de telesalud para consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD, en inglés) de asegurados con diálisis domiciliaria en el centro de diálisis renal de un hospital, hospital de acceso crítico, o en el domicilio del asegurado • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral • servicios de telesalud para asegurados con un trastorno por el consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente • se podrán realizar chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con una duración de 5 a 10 minutos con su médico, si se cumplen las siguientes condiciones: ○ no es un paciente nuevo y ○ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días y	

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
○ el chequeo no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita médica disponible más próxima. • se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, y este las interpretará y realizará un seguimiento médico en un plazo de 24 horas si se cumplen las siguientes condiciones: ○ no es un paciente nuevo y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días y ○ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita médica más próxima disponible • consultas que su doctor tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud si usted no es un paciente nuevo • segunda opinión de otro proveedor que forma parte de la red antes de una cirugía • Atención dental no rutinaria. Los servicios incluidos se limitan a lo siguiente: ○ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas; ○ ajustes de fracturas de la mandíbula o huesos faciales; ○ extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación de cáncer neoplásico o ○ servicios que estarían incluidos al ser suministrados por un médico.	

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
Servicios de podiatría* El plan cubrirá los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón). • Cuidado de rutina de los pies para asegurados con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes.	\$0
 Exámenes de detección de cáncer de próstata El plan cubrirá un examen rectal digital y una prueba de antígeno prostático específico (PSA) una vez cada 12 meses para: • hombres de 50 años en adelante • hombres afroamericanos mayores de 40 años • hombres mayores de 40 años con antecedentes familiares de cáncer de próstata	\$0
Suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos* Los dispositivos ortopédicos reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. Estos comprenden, entre otros, los siguientes: • pruebas, ajuste o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • marcapasos • aparatos ortopédicos • zapatos ortopédicos	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
• piernas y brazos artificiales • prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) El plan también cubrirá algunos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortóticos. También pagarán para reparar o reemplazar dispositivos protésicos y ortóticos. El plan ofrece cierta cobertura después de quitar las cataratas o después de la cirugía de cataratas. Para obtener más detalles, consulte "Cuidado de la vista" que se encuentra más adelante en esta sección.	
Servicios de rehabilitación pulmonar* El plan cubrirá los programas de rehabilitación pulmonar para asegurados que tienen la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El asegurado debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la EPOC.	\$0
 Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) El plan incluye exámenes de detección para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están incluidos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de contraer alguna ITS. Un profesional de la salud primaria debe ordenar las pruebas. Incluimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. El plan también cubrirá hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de elevada intensidad cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. El plan cubrirá estas sesiones de asesoramiento como un servicio de prevención únicamente si son brindadas por un profesional de la salud primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como, por ejemplo, un consultorio médico.	
Servicios para el trastorno por consumo de sustancias* El plan cubrirá los servicios de trastorno por consumo de sustancias proporcionados por los siguientes: • un centro de tratamiento para abuso de sustancias autorizado por el estado u • hospitales. El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios de necesidad médica para el trastorno por consumo de sustancias: • servicios para pacientes no hospitalizados (grupales o individuales), como asesoramiento, terapia, supervisión de mediación y evaluación por un psiquiatra • Tratamiento de Medicación Asistida (MAT) para dependencia de opioides, como por ejemplo, ordenar y administrar metadona, administrar el plan de cuidado y coordinar otros servicios de trastorno en el uso de sustancias • servicios para pacientes no hospitalizados intensivos (grupales o individuales) • Servicios de desintoxicación y • algunos servicios residenciales, como servicios de rehabilitación a corto plazo.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
Terapia de Ejercicio Supervisada (SET) El plan pagará por la SET para los asegurados con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) que tengan un referido para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. El plan pagará por lo siguiente: • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requerimientos de la SET • 36 semanas adicionales si un proveedor de atención médica lo considera de necesidad médica El programa de SET debe ser de la siguiente manera: • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en asegurados con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • En un ámbito hospitalario para pacientes no hospitalizados o en el consultorio del médico. • Realizado por personal calificado que asegure que el beneficio excede el daño y que está capacitado en terapia de ejercicios para PAD. • Bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o un enfermero profesional/enfermero especialista profesional en técnicas básicas y avanzadas de apoyo	\$0
Atención médica inmediata Atención médica inmediata es la atención proporcionada para el tratamiento de lo siguiente: • un caso que no es de emergencia, ● • una enfermedad médica imprevista, ●	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
• una lesión, o • una afección que requiere atención inmediata. Si necesita atención médica inmediata, primero debe tratar de obtenerla de un proveedor que forma parte de la red. Sin embargo, puede usar proveedores que no forman parte de la red cuando no pueda acceder a un proveedor que forma parte de la red porque, dado su tiempo, lugar o circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores que forman parte de la red (por ejemplo, cuando usted está fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos de necesidad médica para una condición invisible pero no es una emergencia médica). La atención médica inmediata NO tiene cobertura fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	
 Cuidado de la vista* El plan incluye lo siguiente: • exámenes de la vista anuales rutinarios • anteojos (lentes y armazones) ○ Limitado a un par de cristales para lentes o armazones para lentes cada dos años ○ Beneficio adicional de elementos para la vista de una mejora de \$130 para armazones no estándar cada dos años ○ Los lentes de contacto de rutina no tienen cobertura. Los lentes de contacto de necesidad médica tienen cobertura con una autorización previa • ojo artificial hecho a medida • dispositivos para visión reducida	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
• Los lentes de contacto de rutina no tienen cobertura. Los lentes de contacto de necesidad médica tienen cobertura con una autorización previa Para ser elegible para el reembolso, algunos servicios podrían estar sujetos a autorización previa o criterios médicos. El plan incluye servicios para pacientes no hospitalizados médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes de la vista anuales para detectar retinopatía diabética en las personas con diabetes y tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan incluye un examen de detección de glaucoma cada año. Entre las personas con mayor riesgo de glaucoma, se incluyen las siguientes: • personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos de 50 años o mayores e • hispanoamericanos de 65 años o mayores. El plan incluye un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías separadas de cataratas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. Usted no puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si usted no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía).	

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
 Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” El plan incluye una consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” por única vez. La consulta incluye lo siguiente: • una revisión de su salud • educación y asesoramiento acerca de los servicios de prevención que usted necesita (incluyendo exámenes de detección y vacunas) y • referidos para atención adicional si la necesita. Nota: Cubrimos la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” únicamente durante los primeros 12 meses en que tiene Medicare Parte B. Cuando programe su cita, informe al consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios en el hogar y en la comunidad que incluye nuestro plan	Lo que debe pagar
Servicios para adultos durante el día* El plan incluye las actividades estructuradas durante el día en un programa de atención y supervisión directa si usted es elegible. Este servicio: • proporciona atención personal y • promueve el bienestar social, físico y emocional.	\$0
Hogar de vida asistida* Si usted es elegible, el centro de vida asistida proporciona una alternativa a la colocación en un centro de servicios de enfermería. Algunos de los servicios incluyen lo siguiente: • ayuda con las actividades de la vida cotidiana • servicios de enfermería • cuidado personal • administración de medicamentos • limpieza del hogar • personal de respuesta/seguridad las 24 horas	\$0
Habilitación (por día)* El plan incluye los servicios de habilitación durante el día, lo cual ayuda con la retención o mejoramiento de la autoayuda, socialización y destrezas de adaptación fuera del hogar si usted es elegible.	\$0
Servicios de alimentos a domicilio* El plan incluye las comidas preparadas llevadas a su casa si usted es elegible.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios en el hogar y en la comunidad que incluye nuestro plan	Lo que debe pagar
Asistencia médica en el hogar* El plan incluye los servicios incluidos de un asistente médico en el hogar, bajo la supervisión de un enfermero profesional (RN) u otro profesional, si usted es elegible. Los servicios pueden incluir lo siguiente: • cambios de vendajes sencillos • asistencia con medicamentos • actividades para apoyar las terapias especializadas • cuidado de rutina de dispositivos de prótesis y ortótica	\$0
Modificaciones en el hogar* El plan incluye modificaciones a su hogar si usted es elegible. Las modificaciones deben estar diseñadas para garantizar su salud, seguridad y bienestar o hacer que se sienta más independiente en su hogar. Las modificaciones pueden incluir: • rampas • barras de sujeción • ampliación de la puerta de entrada	\$0
Servicios domésticos* El plan incluye servicios de atención en el hogar proporcionados en su casa o comunidad, si usted es elegible. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • un trabajador para ayudarlo con la lavandería • un trabajador para ayudarlo con la limpieza • capacitación para mejorar las destrezas para la vida comunitaria	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios en el hogar y en la comunidad que incluye nuestro plan	Lo que debe pagar
Servicios de enfermería* El plan incluye servicios por turno y servicios intermitentes de enfermería por un enfermero profesional (RN) o enfermero profesional (LPN) si usted es elegible.	\$0
Asistente personal* El plan incluye un asistente personal para ayudarlo con las actividades de la vida diaria, si usted es elegible. Estas incluyen, por ejemplo: • bañarse • alimentarse • vestirse • lavar la ropa	\$0
Sistema personal de respuesta de emergencia* El plan incluye un dispositivo electrónico en el hogar que garantiza la ayuda en caso de emergencia si usted es elegible.	\$0
Atención médica de relevo* El plan incluye servicios de relevo para proporcionar alivio para un miembro de la familia no remunerado o encargado de los cuidados de otra persona de atención médica primaria que cumpla con todas sus necesidades de servicio, si usted es elegible. Se aplican ciertas limitaciones.	\$0
Suministros y equipo médico duradero especializados* Si usted es elegible, el plan incluye los dispositivos, controles o aparatos que le permiten a usted	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios en el hogar y en la comunidad que incluye nuestro plan	Lo que debe pagar
aumentar su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria o percibir, controlar, o comunicarse con el entorno en el que usted vive. Los servicios podrían incluir: • elevador Hoyer • sillas/bancos para la ducha • elevador para las escaleras • barandas para la cama	
Terapias* El plan incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, si usted es elegible. Estas terapias se enfocan en necesidades de habilitación a largo plazo, en lugar de necesidades de servicios de restauración aguda a corto plazo.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



E. Los beneficios para visitantes o viajeros de nuestro plan

Para obtener más información sobre consultas/viajes, comuníquese con el Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711).

F. Beneficios incluidos fuera de Blue Cross Community MMAI

Los siguientes servicios no tienen cobertura de Blue Cross Community MMAI, pero están disponibles a través de Medicare.

F1. Cuidados paliativos

Puede obtener cuidado de cualquier programa de centro de cuidado paliativo certificado por Medicare. Tiene derecho a elegir cuidado paliativo si su proveedor y el director médico del centro de cuidado paliativo determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos.

Consulte la Tabla de Beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que paga Blue Cross Community MMAI mientras usted recibe los servicios de cuidados paliativos.

Para los servicios de cuidados paliativos y servicios incluidos por Medicare Parte A o B que están relacionados con su pronóstico terminal:

- El centro proveedor de cuidados paliativos facturará por sus servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Los servicios incluidos por Medicare Parte A o B que no estén relacionados con su pronóstico terminal (excepto por la atención médica de emergencia o atención médica inmediata):

- El proveedor le cobrará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará por los servicios incluidos por Medicare Parte A o B. Usted no deberá pagar nada por estos servicios.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Para medicamentos que pueden estar incluidos por el beneficio de Medicare Parte D de Blue Cross Community MMAI:

- Los medicamentos nunca están incluidos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F.

Nota: Si necesita un cuidado distinto a los cuidados paliativos, debe llamar a su coordinador de servicios médicos para coordinar los servicios. El cuidado distinto a los cuidados paliativos es el que no está relacionado con su enfermedad terminal. Puede comunicarse con su coordinador de servicios médicos al **1-877-723-7702** (TTY: **711**).

G. Beneficios sin cobertura de Blue Cross Community MMAI, Medicare o Medicaid

Esta sección describe los tipos de beneficios excluidos por el plan. Excluidos significa que el plan no incluye estos beneficios. Medicare y Medicaid no pagarán por ellos tampoco.

En la siguiente lista, se describen algunos servicios y artículos que no tienen cobertura del plan bajo ningún concepto y algunos que están excluidos por el plan solamente en ciertos casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos que figuran registrados en esta sección (o en cualquier otro lugar en este *Manual del Asegurado*), a excepción de las condiciones específicas indicadas. Si usted cree que nosotros debemos incluir un servicio que no tiene cobertura, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en la Tabla de Beneficios, **nuestro plan no incluye los siguientes artículos y servicios:**

- Servicios considerados como no “razonables ni necesarios”, de acuerdo con las normas de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios figuren en la lista de servicios incluidos por nuestro plan.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que estén incluidos por Medicare o estén bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, Sección K, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.

- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando es de necesidad médica y Medicare paga por el mismo.
 - Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea de necesidad médica.
 - Enfermeros de guardia privados.
 - Artículos personales en su habitación en un hospital o Centros de Servicios de enfermería, tales como teléfono o televisor.
 - Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.
 - Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos, la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el desempeño sexual, el rendimiento atlético, los fines cosméticos, el rendimiento mental o aquellos contra el envejecimiento), excepto en casos de necesidad médica.
 - Cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sean necesarios debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción del seno después de una mastectomía y para el tratamiento de la otra mama para que coincidan.
 - Atención quiropráctica, que no sea manipulación manual de la columna según las pautas de cobertura de Medicare.
 - Queratotomía radial y cirugía LASIK.
 - Anulación de procedimientos de esterilización.
 - Servicios de un especialista en naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
 - Servicios prestados a veteranos en centros de Servicios a Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y los gastos compartidos para el VA son mayores que los costos compartidos conforme a nuestro plan, realizaremos el reembolso de la diferencia al veterano. Los asegurados siguen siendo responsables de su monto de gastos compartidos.
-

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



H. Nuevos tratamientos y tecnologías médicas

Nuevos tratamientos médicos

MMAI revisa los tratamientos médicos nuevos. Un grupo de PCP, especialistas y directores médicos decide si un tratamiento:

- Cuenta con aprobación del Gobierno.
- Ha demostrado cómo afecta a los pacientes en un estudio confiable.
- Ayudará a los pacientes y mejorará su salud tanto o más que los tratamientos actuales.

El grupo de revisión examina estos aspectos y, luego, decide si el tratamiento es de necesidad médica. Si su médico nos pregunta acerca de un nuevo tratamiento que aún no se ha revisado, nuestro grupo de médicos analizará los detalles del tratamiento y tomará una decisión. Le informarán a su médico si es de necesidad médica y si está aprobado.

Nuevas tecnologías médicas

Su seguro de gastos médicos se rige por los cambios y avances en la atención médica. Estudiamos nuevos tratamientos, medicamentos, procedimientos y dispositivos. A esto le llamamos nuevas tecnologías médicas. Revisamos informes científicos e información del Gobierno y de expertos sobre nuevas tecnologías. Luego, decidimos si es adecuado para usted que incluyamos la nueva tecnología. Puede comunicarse con Servicio al Asegurado para solicitar una revisión.

Puede solicitar una revisión de lo siguiente:

- Servicios de atención de salud conductual.
- Servicios médicos.
- Medicamentos.
- Dispositivos.

Estas pautas, junto con su certificado de beneficios y pólizas médicas relacionadas, se utilizan para tomar decisiones sobre su cobertura. También se utilizan para asegurarse de que usted tenga acceso a una atención segura y efectiva.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes no hospitalizados a través del plan

Introducción

En este capítulo se explican las reglas para obtener sus medicamentos con receta para pacientes no hospitalizados. Estos son medicamentos que su proveedor le receta y que usted obtiene en una farmacia o por entrega a domicilio. Incluyen medicamentos incluidos bajo Medicare Parte D y Medicaid. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *manual del asegurado*.

Blue Cross Community MMAI también incluye los siguientes medicamentos, aunque no se analizarán en este capítulo:

- Medicamentos incluidos por Medicare Parte A. Estos incluyen algunos medicamentos que se le suministran a usted mientras se encuentra en un hospital o centro de servicios de enfermería.
- Medicamentos incluidos por Medicare Parte B. Estos incluyen algunos de los medicamentos para quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos durante una visita al consultorio médico u otro proveedor y los medicamentos que se administran en una clínica para diálisis. Para averiguar más sobre qué medicamentos de Medicare Parte B están incluidos, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes no hospitalizados del plan

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre que usted siga las instrucciones en esta sección.

1. Debe tener un médico u otro proveedor que le emita una receta médica, la cual debe ser válida conforme a la ley estatal vigente. Por lo general, esta persona es su profesional de la salud primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su profesional de la salud primaria lo refirió.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



2. La persona que le receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
3. Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. O puede surtir su receta médica a través del servicio de pedidos por entrega a domicilio del plan.
4. Su medicamento con receta debe estar en la *Lista de medicamentos incluidos* del plan. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. (Consulte la sección B de este capítulo).
 - Si no está en la Lista de medicamentos, nosotros podemos cubrirlo dándole a usted una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.
5. El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinadas referencias médicas. Los medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) como medicamentos con receta no tienen cobertura. Un fabricante de medicamentos debe participar en el Programa de Descuento de la Interrupción en la Cobertura de Medicare para que los medicamentos estén incluidos.
6. Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo incluyamos. Consulte la Sección C.

Tabla de contenido

A. Obtención de sus recetas médicas	131
A1. Una farmacia que forma parte de la red le surtirá su receta médica	131
A2. Cómo usar su tarjeta de asegurado cuando le surtan una receta médica	131
A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red.....	131
A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red	132
A5. Cómo usar una farmacia especializada	132

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



A6. Cómo usar los servicios de entrega a domicilio para obtener los medicamentos.....	133
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	135
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan	136
A9. Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica	137
B. Lista de medicamentos del plan.....	137
B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos	137
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos	138
B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos.....	139
B4. Niveles de la Lista de medicamentos.....	140
C. Límites de algunos medicamentos.....	141
D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar incluido.....	143
D1. Obtener un suministro provisional.....	143
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	146
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	149
F1. Si está internado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía incluida en el plan	149
F2. Si usted está en un centro de atención médica a largo plazo	150
F3. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare	150
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos	151
G1. Programas para ayudar a los asegurados a usar los medicamentos de forma segura	151
G2. Programas para ayudar a los asegurados a administrar sus medicamentos	151
G3. Programa de manejo de medicamentos para ayudar a los asegurados a usar sus medicamentos con opioides de manera segura	152

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



A. Obtención de sus recetas médicas

A1. Una farmacia que forma parte de la red le surtirá su receta médica

En la mayoría de los casos, el plan pagará por recetas médicas **solo** si se surten en farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una droguería que ha aceptado surtir recetas médicas a asegurados de nuestro plan. Puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Asegurado.

A2. Cómo usar su tarjeta de asegurado cuando le surtan una receta médica

Para que le surtan su receta médica, **muestre su tarjeta de asegurado de Blue Cross Community MMAI** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará a Blue Cross Community MMAI sus medicamentos con receta incluidos.

Si no tiene la tarjeta de asegurado con usted cuando adquiere su medicamento con receta, la farmacia o usted puede llamar al plan para obtener la información necesaria sobre la inscripción.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire. Puede pedirnos luego que le rembolsemos el dinero. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con Servicio al Asegurado. Haremos todo lo que podamos para ayudarlo.

- Para saber cómo solicitarnos un reembolso, consulte el Capítulo 7, Sección A.
- Si necesita ayuda para que le surtan una receta médica, puede comunicarse con Servicio al Asegurado o con su coordinador de servicios médicos.

A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de una receta médica, puede pedir que un proveedor le haga una nueva receta o pida a su farmacia que transfiera la receta médica a la nueva farmacia si le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con Servicio al Asegurado o con su coordinador de servicios médicos.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red

Si la farmacia que usa se retira de la red del plan, usted tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red. Le enviaremos una carta si la farmacia a la que usted acude se retira de la red.

Para encontrar una farmacia de la red nueva, puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Asegurado o con su coordinador de servicios médicos.

A5. Cómo usar una farmacia especializada

A veces, necesitará adquirir sus recetas médicas en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención médica a largo plazo, como un hogar de servicios de enfermería.
 - Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es un residente de un centro de atención médica a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia del centro de atención médica a largo plazo no pertenece a nuestra red o si usted tiene dificultad para acceder a nuestros beneficios de medicamentos en dicho centro, comuníquese con el Servicio al Asegurado.
- Farmacias que prestan Servicios de salud para indígenas americanos/Programa de Salud Indígena Urbana/Tribal. Excepto en caso de emergencias, solo los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que surten ciertos medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manipulación extraordinaria, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. (Nota: Estos casos suceden con muy poca frecuencia).

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Asegurado o con su coordinador de servicios médicos.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



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

El servicio de entrega a domicilio de nuestro plan le permite solicitar un suministro de hasta 90 días. Un suministro 90 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.

Cómo surtir sus recetas médicas por correo

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas médicas por correo, comuníquese con una de nuestras farmacias preferidas de entrega a domicilio:

- Walgreens Mail Service, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al: 1-877-277-7895 (TTY: 711), o en línea en: WalgreensMailService.com.
- Express Scripts® Pharmacy, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al: 1-833-599-0729 (TTY: 711), o en línea en: express-scripts.com/rx.
- Amazon Pharmacy, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al: 1-855-393-4279 (TTY: 711), o en línea en: pharmacy.amazon.com.

Por lo general, recibirá un medicamento con receta con entrega a domicilio dentro de los siguientes 10 días. Para una nueva receta médica, el plazo estándar para que los asegurados reciban su pedido de farmacia por entrega a domicilio es de 7-10 días calendario desde la recepción de la nueva receta médica, excluidos los domingos y días feriados. Para una receta médica de resurtido, el plazo estándar para que los asegurados reciban su pedido de farmacia por entrega a domicilio es de 3-5 días calendario, excluidos los domingos y días feriados. Si su pedido se retrasa y usted corre el riesgo de quedarse sin sus medicamentos, comuníquese con Servicio al Asegurado a fin de obtener una aprobación y que la farmacia le proporcione un suministro provisional inmediato. Una vez que se apruebe, le enviaremos su receta médica a la farmacia de su elección. También, podemos hacer que la persona que le receta pida a la farmacia un suministro más reducido. Para contactar con una de nuestras farmacias con entrega a domicilio preferidas, comuníquese con:

- Express Scripts® Pharmacy, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al: 1-833-599-0729 (TTY: 711), o en línea en: express-scripts.com/rx.
- Amazon Pharmacy, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al: 1-855-393-4279 (TTY: 711), o en línea en: pharmacy.amazon.com.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Procesos para pedidos de entrega a domicilio

El servicio de pedido de entrega a domicilio tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas médicas que recibe de usted, para las nuevas recetas médicas que recibe desde el consultorio de su proveedor y para la renovación de las recetas médicas de pedido de entrega a domicilio.

1. Nuevas recetas médicas que la farmacia recibe de usted

La farmacia, automáticamente, surtirá y enviará las nuevas recetas médicas que reciba de usted.

2. Nuevas recetas médicas que la farmacia recibe directamente desde el consultorio de su proveedor

Una vez que la farmacia reciba la receta médica de un proveedor de atención médica, lo contactará a usted para saber si desea que los medicamentos se surtan inmediatamente o en otro momento.

- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le enviará el medicamento correcto (incluyendo concentración, cantidad y forma) y, de ser necesario, le permitirá detener o retrasar el pedido antes de que sea enviado.
- Es importante que responda cada vez que es contactado por la farmacia, para informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar demoras en el envío.

3. Renovaciones de medicamentos con receta con entrega a domicilio

Para los resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se estén por terminar sus medicamentos para asegurarse de que el siguiente pedido se envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda contactarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de que la farmacia conozca la mejor forma de contactarse con usted.

- Walgreens Mail Service, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al: 1-877-277-7895 (TTY: 711), o en línea en: WalgreensMailService.com.

- Express Scripts® Pharmacy, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al: 1-833-599-0729 (TTY: 711), o en línea en: express-scripts.com/rx.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Amazon Pharmacy, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al: 1-855-393-4279 (TTY: 711), o en línea en: pharmacy.amazon.com.

Prime Therapeutics LLC proporciona servicios de administración de beneficios de farmacia para Blue Cross and Blue Shield of Illinois, y pertenece a 19 planes de Blue Cross and Blue Shield, subsidiarias o filiales de esos planes.

Prime Therapeutics LLC es una compañía de administración de beneficios de farmacia, contratada por Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) para brindar servicios de administración de beneficios de farmacia.

BCBSIL, así como varios otros planes independientes de Blue Cross and Blue Shield, quiere mantener una participación en Prime Therapeutics.

Walgreens Mail Service está contratado para proporcionar servicios de entrega de farmacia a los asegurados de Blue Cross Community MMAI.

Blue Cross®, Blue Shield® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

Express Scripts® Pharmacy es una farmacia contratada para proporcionar servicios de farmacia con entrega por correo a los asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Illinois.

Express Scripts® Pharmacy es una marca comercial de Express Scripts Strategic Development, Inc

Amazon Pharmacy está contratada para proporcionar servicios farmacéuticos de entrega a domicilio para Blue Cross Community MMAI.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de los *medicamentos de mantenimiento* que están en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro 90 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica cuáles son las farmacias que le pueden proveer un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al Asegurado para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

Puede usar los servicios de pedidos para entrega a domicilio de la red del plan para obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para obtener información sobre los servicios de pedidos para entrega a domicilio.

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

Por lo general, pagamos por medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede adquirirlos en una farmacia de la red. Ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicios donde usted puede adquirir sus medicamentos con receta como asegurado de nuestro plan. En estos casos, le pedimos que primero se comuniquen con Servicio al Asegurado para que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted. Puede que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Nosotros pagaremos por las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Usted viaja fuera del área de servicio de su plan y
 - se le terminan o pierde sus medicamentos incluidos; o
 - se enferma y necesita un medicamento incluido; o
 - no puede comunicarse con una farmacia de la red.
- No puede obtener oportunamente un medicamento incluido en su área de servicio porque, por ejemplo, no hay una farmacia de la red a una distancia razonable que ofrezca un servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Debe surtir una receta médica para un medicamento incluido y este (como un medicamento sin interés comercial u otro medicamento especializado) no está en una farmacia comercial de la red cercana o en una farmacia para pedidos para entrega a domicilio.
- Se le proporcionan los medicamentos incluidos de una farmacia en una sala de emergencias, en una clínica del proveedor o en otros centros para pacientes no hospitalizados.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Se ha declarado cualquier desastre federal u otra emergencia de salud pública en la que se lo desplazó de su residencia y no se puede esperar que obtenga sus medicamentos incluidos en una farmacia de la red.
- El acceso a su farmacia habitual no está disponible.

A9. Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total cuando obtenga la receta médica. Puede pedirnos que le rembolsemos el dinero.

Para averiguar más sobre este tema, consulte el Capítulo 7 Sección A.

B. Lista de medicamentos del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos incluidos*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar.

Los medicamentos en la Lista de medicamentos son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos también le dice si hay reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan, siempre que usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos incluidos por Medicare Parte D y algunos medicamentos con receta y sin receta incluidos en virtud de sus beneficios de Medicaid.

Ciertos medicamentos pueden estar incluidos para algunas afecciones médicas pero se consideran medicamentos no incluidos en la lista de medicamentos para otras. Estos medicamentos se identificarán en nuestra *Lista de medicamentos* y en el Localizador de Planes de Medicare, junto con las afecciones médicas específicas que se incluyen.

La *Lista de medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico, como las vacunas o la insulina.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los medicamentos de marca registrada. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico y, normalmente, cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Nuestro plan también incluye ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos con receta y funcionan igual de bien. Para recibir más información, llame a Servicio al Asegurado.

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

Para averiguar si un medicamento que usted está tomando se encuentra en la Lista de medicamentos, usted puede:

- Consultar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visitar el sitio web del plan en www.bcbsil.com/mmai. La Lista de medicamentos que se publica en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Comuníquese con el Servicio al Asegurado para saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Use nuestra “herramienta de beneficios en tiempo real” en [MyPrime.com](https://www.mypriime.com) o llame al Servicio al Cliente. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de qué deberá pagar y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

El plan no incluye todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no están en la Lista de medicamentos, debido a que la ley no permite al plan cubrir esos medicamentos. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de medicamentos.

Blue Cross Community MMAI no pagará por los medicamentos incluidos en esta sección. Estos se llaman **drogas excluidas**. Si obtiene una receta médica por un medicamento excluido, usted debe pagar el mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9).

Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. Nuestra cobertura de medicamentos para pacientes no hospitalizados (que incluye los medicamentos de la Parte D y de Medicaid) no puede pagar por un medicamento que ya estaría incluido conforme a Medicare Parte A o Parte B. Los medicamentos incluidos en Medicare Parte A o Parte B tienen cobertura gratuita según los beneficios médicos de nuestro plan de Blue Cross Community MMAI, pero no se consideran como parte de sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes no hospitalizados.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias médicas como un tratamiento para su condición. Su médico u otro proveedor puede recetarle algún medicamento para tratar su condición, a pesar de que no haya sido aprobado para tratar la condición. Esto se llama uso fuera de lo indicado. Por lo

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



general, nuestro plan no incluye los medicamentos con receta para uso fuera de lo indicado.

También, por ley, los tipos de medicamentos indicados abajo no tienen cobertura de Medicare o Medicaid.

- medicamentos usados para promover la fertilidad;
- medicamentos usados para aliviar síntomas de resfrío o catarro;
- medicamentos usados para fines cosméticos o el crecimiento del cabello;
- vitaminas y productos minerales con receta, excepto las prenatales y preparaciones con fluoruro;
- medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®;
- medicamentos usados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso;
- medicamentos para pacientes no hospitalizados cuando la compañía que fabrica los mismos dice que solo ellos pueden hacerle pruebas o prestarle servicios.

B4. Niveles de la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan se incluyen en uno de tres niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos y de venta libre).

- Nivel 1: Medicamentos Genéricos
- Nivel 2: Medicamentos de Marca
- Nivel 3: Medicamentos sin cobertura de Medicare/Medicamentos de venta libre (OTC, en inglés)



Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

Para conocer en qué nivel se encuentra su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 6, Sección C, se indica el monto que paga por los medicamentos en cada nivel.

C. Límites de algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos con receta, existen algunas reglas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo los incluye el plan. En general, nuestras normas recomiendan que usted adquiera un medicamento que sea seguro y eficaz, y que esté indicado para su afección médica.

Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan eficazmente como un medicamento de mayor costo, los planes esperan que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

Si existe una restricción especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, su proveedor podría tener que informarnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de los exámenes de detección de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no se debería aplicar a su situación, debe solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en permitirle a usted usar el medicamento sin tomar las medidas adicionales.

Para averiguar más acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F.

1. Restricción de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando se dispone de una versión biosimilar genérica o intercambiable

Por lo general, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca o el producto biológico original, pero su costo suele ser inferior. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o de un producto biológico original, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica o biosimilar intercambiable.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



- Por lo general, no pagaremos por el medicamento de marca ni el producto biológico similar si existe una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos informa que existe una razón médica por la que el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no será eficaz para usted, ha escrito “No reemplazar” en su receta médica para un medicamento de marca o producto biológico original o nos informa la razón médica por la que ni el medicamento genérico, ni biosimilar intercambiable, ni otros medicamentos incluidos que tratan la misma afección serán eficaces, entonces, cubriremos el costo del medicamento de marca o producto biológico original.

2. Obtención de aprobación previa del plan

Para algunos medicamentos, usted o la persona que le receta deben obtener la aprobación de Blue Cross Community MMAI, basándose en reglas específicas, antes de llenar su receta médica. Si usted no recibe la aprobación, Blue Cross Community MMAI quizá no cubra el medicamento.

3. Probar primero con un medicamento diferente

Por lo general, el plan desea que usted adquiriera medicamentos de menor costo (que con frecuencia son igual de efectivos) antes de que el plan cubra los medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y los costos del medicamento A son menores que el medicamento B, el plan puede solicitarle que primero intente usar el medicamento A.

Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B. Esto recibe el nombre de terapia escalonada.

4. Cantidades límite

Para algunos medicamentos, establecemos un límite a la cantidad de medicamento que usted puede adquirir. Esto se conoce como cantidad límite. Por ejemplo, el plan puede limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que se le surta una receta médica.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Para saber si algunas de las normas anteriores se aplican a un medicamento que usa o desea usar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Servicio al Asegurado o consulte nuestro sitio web en www.bcbsil.com/mmai.

D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar incluido

Intentamos que su cobertura de medicamentos funcione bien, pero algunas veces un medicamento podría no estar incluido de la forma que desearía. Por ejemplo:

- El medicamento que desea tomar no tiene cobertura del plan. El medicamento podría no estar en la Lista de medicamentos. Una versión genérica del medicamento podría tener cobertura, pero la versión de marca que usted desea tomar no la tiene. Un medicamento puede ser nuevo y no hemos comprobado aún su seguridad y efectividad.
- El medicamento está incluido, pero hay límites o reglas especiales sobre la cobertura para ese medicamento. Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos incluidos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el persona que le receta tal vez quieran solicitarnos una excepción a la regla.

Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no está incluido en la forma en que a usted le gustaría que lo estuviera.

D1. Obtener un suministro provisional

En algunos casos, el plan puede darle un suministro provisional de un medicamento cuando el medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, o cuando está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo a usted para hablar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o para solicitar al plan que cubra el medicamento.

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

1. El medicamento que haya estado tomando:
 - ya no está en la Lista de medicamentos, o
 - nunca estuvo en la Lista de medicamentos del plan, o
 - ahora está limitado de alguna manera.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



2. Usted debe estar en alguna de estas situaciones:

- Usted estuvo en el plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro provisional de su medicamento durante **los primeros 90 días del año calendario**.
 - Este suministro provisional se otorgará por hasta 30 días.
 - Si su receta médica está escrita por menos días, le permitiremos múltiples renovaciones para proveer hasta un máximo de 30 días de medicación. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
 - Las farmacias para tratamientos a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento con receta en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
- Es nuevo en el plan.
 - Cubrimos un suministro provisional del **medicamento durante los primeros 90 días de su calidad de asegurado en el plan**.
 - Este suministro provisional se otorgará por hasta 30 días.
 - Si su receta médica está escrita por menos días, le permitiremos múltiples renovaciones para proveer hasta un máximo de 30 días de medicación. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
 - Las farmacias para tratamientos a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento con receta en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
- Usted ha estado en el plan durante más de 90 días y reside en un centro de atención médica a largo plazo y necesita un suministro inmediato.
 - Cubrimos un suministro por 31 días o menos si su receta médica es por menos días. Esto es además del suministro provisional anterior.
 - Es posible que experimente cambios que lo lleven de un entorno de tratamiento a otro. Durante este cambio de nivel de atención, se pueden recetar medicamentos que no tengan cobertura de su plan. Si esto sucede, usted y su médico deben usar la excepción del plan y los procesos de apelación. Sin embargo, cuando se lo

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



ingresa o se le da el alta de un establecimiento de atención médica a largo plazo, es posible que no tenga acceso a los medicamentos que se le administraron previamente. Es posible que se le vuelva a surtir el medicamento al ingresar o en el momento del alta para evitar una interrupción en la atención.

- Para solicitar un suministro provisional de un medicamento, llame al Servicio al Asegurado.

Cuando usted recibe un suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le haya terminado su suministro. Estas son sus opciones:

- Puede cambiar a otro medicamento.

Puede haber un medicamento diferente incluido por el plan que sea adecuado para usted. Puede llamar al Servicio al Asegurado para solicitar una Lista de medicamentos incluidos que sirvan para tratar la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento incluido que pueda ser de utilidad para usted.

O

- Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede solicitar que el plan cubra un medicamento aunque no se encuentre en la Lista de medicamentos. O puede solicitar al plan que cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para una excepción, él o ella puede ayudarlo a pedirla.

Si un medicamento que usted está tomando va a ser quitado de la Lista de medicamentos o va a estar limitado de alguna manera durante el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Luego, usted podrá solicitarnos una excepción para cubrir el medicamento en la manera en que a usted le gustaría que estuviera incluido para el año siguiente.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Responderemos su solicitud de excepción dentro de las siguientes 72 horas después de haber recibido su solicitud (o declaración de apoyo de la persona que le receta).

Para averiguar más sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección F.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con Servicio al Asegurado o con su coordinador de servicios médicos.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1 de enero, pero Blue Cross Community MMAI puede agregar o retirar medicamentos en la Lista de medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir si exigir o no una aprobación o autorización previa (PA, en inglés) para algún medicamento. (una PA es el permiso otorgado por Blue Cross Community MMAI antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (llamado límites de cantidades).
- Añadir o cambiar restricciones de terapia escalonada con respecto a un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted podría tener que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la Sección C anterior en este capítulo.

Si está tomando un medicamento que estaba incluido **a principio** de año, generalmente no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- surja un nuevo medicamento más económico en el mercado que sea tan efectivo como alguno de los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos actual, o
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento es retirado del mercado.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando?

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

- revisar la Lista de medicamentos actualizada de Blue Cross Community MMAI en línea en www.bcbsil.com/mmai o
- Llame al Servicio al Asegurado para solicitar ver la Lista de medicamentos actual al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

Cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos que lo afectan durante el año de cobertura vigente

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* pueden incluir:

- **Un nuevo medicamento genérico** o biosimilar intercambiable **está disponible**. A veces, un nuevo medicamento genérico o una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico viene en el mercado que funciona así como un medicamento de marca o un producto biológico original en la *Lista de medicamentos* ahora. Cuando esto sucede, podemos eliminar el medicamento de marca o el producto biológico original y añadir el nuevo medicamento genérico o una versión intercambiable del mismo producto biológico, pero su costo por el nuevo medicamento o un biosimilar intercambiable seguirá siendo el mismo o será menor.

Cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca producto biológico original en la lista, pero cambiar las reglas de cobertura o los límites.

Cuando estos cambios sucedan:

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Le avisaremos por lo menos 30 días antes de sacarlo de la *Lista de medicamentos* o
- Le avisaremos y le daremos un suministro de 30 días del medicamento de marca o el producto biológico original después de que pida un resurtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que receta. Pueden ayudarlo a decidir:

- Si debe cambiar al biosimilar genérico o intercambiable o si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que puede tomar en su lugar, o
- Si pedir una excepción a estos cambios. Para averiguar más acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dice que un medicamento que está tomando no es seguro o efectivo o el fabricante del medicamento saca un medicamento del mercado, lo sacaremos inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le enviaremos un aviso después de que hagamos el cambio. No deje de tomar su medicamento. Comuníquese con su farmacéutico o médico para hablar sobre las opciones de tratamiento.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le diremos con anticipación acerca de estos otros cambios a la *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando estos cambios sucedan:

- Le avisaremos por lo menos 30 días antes de sacarlo de la *Lista de medicamentos* o
- Le avisaremos y le daremos la cantidad de suministro del medicamento para 30 días después de que pida un resurtido.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que receta. Pueden ayudarlo a decidir:

- si hay algún otro medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar
- Si pedir una excepción de estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para averiguar más acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F.

Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectan durante el año de cobertura vigente

Es posible que hagamos cambios en los medicamentos que toma que no se describen anteriormente y que no afecten a los medicamentos que toma ahora. Sin embargo, si usted está tomando un medicamento que estaba incluido **a principio** de año, por lo general, no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento durante **el resto del año**.

Por ejemplo, si retiramos un medicamento que usted usa o limitamos su uso, el cambio no lo afectará por el resto del año.

Si cualquiera de estos cambios ocurre para un medicamento que está tomando (excepto los cambios señalados en la sección anterior), el cambio no afectará su consumo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año vigente. Deberá consultar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los tomando que lo afectarán durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si está internado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía incluida en el plan

Si usted es internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una permanencia incluida por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su internación. Usted no tendrá que pagar un copago. Cuando es dado

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura.

F2. Si usted está en un centro de atención médica a largo plazo

Por lo general, un centro de atención médica a largo plazo, como por ejemplo un hogar de servicios de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted vive en un centro de atención médica a largo plazo, puede adquirir sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para verificar si la farmacia del centro de atención médica a largo plazo donde usted reside es parte de nuestra red. Si no forma parte de nuestra red, o si usted necesita más información, llame a Servicio al Asegurado.

F3. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están incluidos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento.

- Si se encuentra inscrito en cuidados paliativos de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, antieméticos, laxantes o ansiolíticos) que no están incluidos por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación de la persona que receta o de su proveedor de cuidados paliativos indicando que el medicamento no está relacionado con su afección antes de que nuestro plan pueda cubrirlo.
- Para evitar demoras en recibir medicamentos que no estén relacionados, que deben ser incluidos por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o a su persona que receta que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que surta su receta médica.

Si abandona el centro de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar cualquier demora en la farmacia cuando termina el beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare, debe entregar la documentación a la

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

farmacia para verificar que usted ha abandonado el centro de cuidados paliativos. Lea las partes anteriores de este capítulo que establecen las condiciones de la cobertura de medicamentos en la Parte D.

Para averiguar más sobre el beneficio del centro de cuidados paliativos, consulte el Capítulo 4.

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

G1. Programas para ayudar a los asegurados a usar los medicamentos de forma segura

Cada vez que a usted se le surte una receta médica, intentamos detectar posibles problemas, como errores de medicamentos o medicamentos que:

- pueden no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento que produce el mismo efecto
- pueden no ser seguros para su edad o sexo
- podrían ser nocivos si se toman al mismo tiempo
- podrían tener ingredientes a los que usted sea, o podría ser, alérgico
- tengan cantidades no seguras de medicamentos para aliviar el dolor a base de opioides

Si detectamos un problema posible en el uso de los medicamentos con receta, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudar a los asegurados a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para distintas enfermedades o participa en un Programa de Administración de Medicamentos para ayudarlo a usar los medicamentos con opioides de forma segura, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo, a través de un Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM, en inglés). Este programa lo ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos funcionan para mejorar su salud. Si es elegible para el programa, un farmacéutico u otro

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



profesional de la salud pueden realizar una revisión integral de todos sus medicamentos y hablar con usted sobre lo siguiente:

- obtener el mayor beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier duda que tenga, como los costos y reacciones a los medicamentos
- cómo tomar mejor sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga acerca de la receta médica y el medicamento de venta libre

Usted obtendrá un resumen escrito sobre este tema. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda qué hacer para obtener el mejor uso de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué lo hace. Además, obtendrá información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias de dispensación controlada.

Es una buena idea programar su revisión de medicamentos antes de su consulta preventiva anual, para poder hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos si acude a un hospital o a una sala de emergencias.

Los Programas de Administración de Terapia con Medicamentos son voluntarios y gratuitos para los asegurados que son elegibles. Si contamos con un programa que se adecúe a sus necesidades, lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, háganoslo saber y lo sacaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con Servicio al Asegurado o con su coordinador de servicios médicos.

G3. Programa de manejo de medicamentos para ayudar a los asegurados a usar sus medicamentos con opioides de manera segura

Blue Cross Community MMAI tiene un programa que puede ayudar a los asegurados a usar de manera segura sus medicamentos con opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP, en inglés).

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Si usa medicamentos con opioides que obtiene de distintas personas que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con la persona que le receta para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y de necesidad médica. Al trabajar con la persona que le receta, si decidimos que el uso de medicamentos opioides con receta no es seguro, podríamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Exigir que obtenga todas las recetas médicas para esos medicamentos **de determinadas farmacias o de personas que recetan específicas**.
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted

Si creemos que deben aplicar una o más limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le dirá si le limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si se le exigirá que obtenga las recetas médicas de estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específico.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué persona que receta o farmacias prefiere usar y cualquier información que considere importante para nosotros. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responderla, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si piensa que hemos cometido un error, no está de acuerdo en que está en riesgo por consumo inadecuado de medicamentos con receta o no está de acuerdo con la limitación, usted y la persona que le receta pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le informaremos nuestra decisión. Si continuamos rechazando cualquier parte de su apelación en relación con las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Entidad de Revisión Independiente (IRE). (Para obtener más información sobre la IRE y sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9).

El DMP puede no aplicar a usted si:

- tiene determinadas condiciones médicas, como cáncer o anemia falciforme;
- recibe cuidados hospitalarios, paliativos o terminales, o
- vive en un centro de atención médica a largo plazo.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de Medicare y Medicaid

Introducción

En este capítulo se le indica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes no hospitalizados. Por “medicamentos”, nos referimos a:

- medicamentos con receta de Medicare Parte D **y**
- medicamentos y artículos incluidos conforme a Medicaid, **y**
- artículos incluidos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para Medicaid, usted obtiene “Beneficio Adicional” de Medicare para ayudarlo a pagar por sus medicamentos con receta médica de Medicare Parte D.

Beneficio Adicional es un programa Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus costos de medicamentos con receta de Medicare Parte D, como primas, deducibles y copagos. A este programa de Beneficio Adicional también se lo conoce como “Subsidio de bajos recursos” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Asegurado*.

Para averiguar más acerca de los medicamentos con receta, puede consultar en estos lugares:

- La *Lista de medicamentos incluidos* del plan.
 - Lo llamamos la “Lista de medicamentos”. Le indica:
 - qué medicamentos paga el plan
 - en cuál de los tres niveles se encuentra cada medicamento

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- si hay algún límite en los medicamentos
- Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicio al Asegurado. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.bcbsil.com/mmai. La Lista de medicamentos que se publica en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Capítulo 5 de este *Manual del Asegurado*.
 - El Capítulo 5 le indica cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes no hospitalizados por medio del plan.
 - Incluye las reglas que debe seguir. También indica los tipos de medicamentos con receta sin cobertura de nuestro plan.
- El *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.
 - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener los medicamentos incluidos. Las farmacias que forman parte de la red son farmacias que han decidido trabajar con nuestro plan.
 - El *Directorio de Proveedores y Farmacias* tiene una lista de farmacias de la red. Puede leer más acerca de las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A.
 - Cuando use la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar la cobertura de los medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección B2), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que es un reflejo de un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a su coordinador de servicios médicos o a Servicio al Asegurado para obtener más información.

Tabla de contenido

A. La <i>Explicación de Beneficios</i> (EOB)	157
B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos	158
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo.....	160
C1. Los niveles del plan	160
C2. Sus opciones de farmacia.....	160

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	160
C4. Lo que paga usted	161
D. Vacunas	162
D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna.....	162

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



A. La *Explicación de Beneficios* (EOB)

Nuestro plan mantiene un registro de sus medicamentos con receta. Llevamos el registro de dos tipos de costos:

- Sus **gastos de bolsillo**. Esta es el monto de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas médicas. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibe un medicamento incluido en la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos hecho por familiares o amigos, cualquier pago hecho por sus medicamentos por “Beneficio Adicional” de Medicare, seguros de gastos médicos de empleadores o sindicatos, TRICARE, Servicio de Salud del Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia para Medicamentos (SPAP, en inglés).
- Los **costos totales por medicamentos**. Este es el total de todos los pagos hechos por sus medicamentos incluidos en la Parte D. Incluye lo que el plan pagó, y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos incluidos en la Parte D.

Cuando obtiene sus medicamentos con receta a través del plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de Beneficios*. La llamamos EOB para abreviar. En la EOB, podrá encontrar más información sobre los medicamentos que usted toma. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información del mes**. El resumen le indica qué medicamentos con receta recibió el mes anterior. Detalla el total por costos de los medicamentos, cuánto pagó el plan, lo que usted pagó, y lo que otros pagaron por usted.
- **Información del “año hasta la fecha”**. Este es su costo total de medicamentos y el total de los pagos realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre los precios de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y el porcentaje del cambio en el precio del medicamento desde la primera vez que lo surtió.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- **Alternativas de menor costo.** Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con la persona que le receta para obtener más información.

Incluimos medicamentos que no tienen cobertura conforme a Medicare.

- Los pagos efectuados por estos medicamentos no se contabilizarán en los gastos totales de bolsillo.
- Para saber qué medicamentos incluye nuestro plan, consulte la Lista de medicamentos.

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

Para llevar un control de los costos de sus medicamentos y los pagos que realice, usamos registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Así es como puede ayudarnos:

1. Use su tarjeta de asegurado.

Muestre su tarjeta de asegurado cada vez que le surtan una receta médica. Esto nos ayudará a saber qué recetas médicas se le surten y lo que paga.

2. Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.

Denos copias de los recibos de los medicamentos incluidos por los que ha pagado. Puede pedirnos luego que le rembolsemos el dinero del medicamento.

Estos son algunos casos en los que debe proporcionarnos copias de sus recibos:

- Cuando compre un medicamento incluido en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forme parte de los beneficios de nuestro plan
- Cuando paga un copago para medicamentos que recibe conforme al programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
- Cuando compra los medicamentos incluidos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio completo por un medicamento incluido

Para saber cómo solicitarnos un reembolso por el medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección A.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

3. Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.

Los pagos hechos por algunas otras personas y organizaciones también cuentan como parte de los gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA, los Servicios de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de sus gastos de bolsillo.

4. Revise las EOB que le enviemos.

Cuando usted obtenga la Explicación de Beneficios (EOB, en inglés) por correo, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si considera que falta información o que hay información incorrecta, o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Asegurado. Asegúrese de conservar estas EOB. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

Regístrese para recibir el resumen de la Explicación de Beneficios de la Parte D en línea, en lugar de recibirla por correo.

- Para suscribirse, inicie sesión en www.myprime.com/. Vaya a **Gestionar mi cuenta/Preferencias de comunicación**.
- Haga clic en ENVIARME UN CORREO ELECTRÓNICO en Comunicaciones requeridas del seguro de gastos médicos para inscribirse en las actualizaciones por correo electrónico.
- Una vez que haya seleccionado las declaraciones sin papel, le enviaremos un mensaje de correo electrónico cuando tenga una EOB de Medicare Parte D disponible para revisión en línea. Ya no recibirá esta declaración en el correo postal.

Si cambia de opinión y desea recibir su EOB por correo nuevamente, puede actualizar su preferencia de comunicación en www.myprime.com/.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo

C1. Los niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos en la misma Lista de medicamentos. Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan se incluyen en uno de tres niveles. Usted no tiene copagos por los medicamentos con receta y de venta libre de la Lista de medicamentos de Blue Cross Community MMAI. Para encontrar el nivel de sus medicamentos, puede consultar la lista de medicamentos.

- Nivel 1: Medicamentos Genéricos
- Nivel 2: Medicamentos de Marca
- Nivel 3: Medicamentos sin cobertura de Medicare/Medicamentos de venta libre (OTC, en inglés)

C2. Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de que adquiera el medicamento en los siguientes lugares:

- una farmacia de la red, o
- una farmacia que no forma parte de la red.

En casos limitados, cubrimos los medicamentos con receta en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A, para saber cuándo haremos eso.

Para averiguar más sobre estas opciones de farmacia, consulte el Capítulo 5, Sección A de este manual y el *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.

C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro de 90 días. El suministro a largo plazo no tiene ningún costo para usted.

Para obtener más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección A o el *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

C4. Lo que paga usted

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes o a largo plazo de un medicamento con receta incluido en:

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 90 días	El servicio de pedidos de entrega a domicilio del plan Suministro de un mes o de hasta 90 días	Una farmacia de atención médica a largo plazo de la red Suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.
Nivel 1 de gastos compartidos (Medicamentos genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 de gastos compartidos (Medicamentos de Marca)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 de gastos compartidos (Medicamentos con receta o de venta libre que no son de Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0

Para obtener información sobre cuáles farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

D. Vacunas

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por las Vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están incluidas bajo la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos incluidos (Lista de medicamentos)* del plan. Nuestro plan incluye la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D de Medicare, sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos incluidos (Lista de medicamentos)* de su plan o comuníquese con el Servicio al Asegurado para obtener información detallada sobre la cobertura y los gastos compartidos de vacunas específicas.

Nuestro plan incluye las vacunas de Medicare Parte D. Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Parte D se divide en dos partes:

1. La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí**. Las vacunas se consideran medicamentos con receta.
2. La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **administrarle a usted la vacuna**. Por ejemplo, algunas veces puede recibir la vacuna como una inyección que le administra su doctor.

D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna

Le recomendamos que primero nos llame a Servicio al Asegurado cada vez que planee recibir una vacuna.

- Podemos brindarle información sobre la cobertura que nuestro plan incluye para su vacunación.
- Podemos indicarle cómo mantener sus costos en un nivel bajo usando los proveedores y farmacias que forman parte de la red. Las *farmacias que forman parte de la red* son farmacias que han decidido trabajar con nuestro plan. Un *proveedor que forma parte de la red* es un proveedor que trabaja con el seguro de gastos médicos. Un proveedor que forma parte de la red debe coordinar con Blue Cross Community MMAI para asegurarse de que no tenga ningún costo inicial para una vacuna de la Parte D.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Capítulo 7: Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos incluidos

Introducción

Este capítulo le informa cómo y cuándo enviarnos una factura para que paguemos. También le informa sobre cómo apelar si no está de acuerdo con la decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *manual del asegurado*.

Tabla de contenido

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos	164
B. Cómo enviar una solicitud de pago.....	167
C. Decisiones de cobertura.....	167
D. Apelaciones.....	168

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos

Usted no debe recibir facturas por los servicios y medicamentos dentro de la red. Nuestros proveedores que forman parte de la red deben facturarle al plan por los servicios y medicamentos ya recibidos. Un proveedor que forma parte de la red es un proveedor que trabaja con el seguro de gastos médicos.

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte el Capítulo 2, Sección A.

- Si los servicios o los medicamentos están incluidos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si los servicios o los medicamentos están incluidos y ya los pagó, tiene derecho a recibir un reembolso.
- Si los servicios o medicamentos **no** están incluidos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicio al Asegurado o con su coordinador de servicios médicos si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe lo que debe hacer al respecto, podemos ayudarlo. También nos puede llamar si desea darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación, enumeramos ejemplos de cuándo puede solicitar que nuestro plan le reembolse o que paguemos una factura que recibió:

1. Cuando recibe cuidado médico de emergencia o de urgencia de un proveedor que no forma parte de la red

Debe pedirle al proveedor que facture al plan.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, puede pedirnos un reembolso. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que usted haya realizado.
- A veces, usted puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que usted haya realizado.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



- Si al proveedor se le debe un pago, se lo haremos directamente al proveedor.
- Si ya ha pagado por el servicio, le daremos un reintegro.

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

Los proveedores que forman parte de la red siempre deben facturarle al plan. Muestre su tarjeta de asegurado de Blue Cross Community MMAI cuando obtenga cualquier servicio o receta médica. Una facturación inapropiada ocurre cuando un proveedor (como un hospital o un médico) le factura por servicios un monto mayor que los gastos compartidos del plan. **Llame al Servicio al Asegurado si le dan alguna factura.**

- Debido a que Blue Cross Community MMAI paga todo el costo de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cuando obtenga una factura de un proveedor que forma parte de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.
- Si ya ha pagado una factura de un proveedor que forma parte de la red, envíenos la factura y una prueba de cualquier pago que haya hecho. Le reembolsaremos por los servicios incluidos.

3. Cuando adquiere un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red

Si acude a una farmacia que no forma parte de la red, tendrá que pagar el costo total de la receta médica.

- En solo unos pocos casos, cubriremos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos.
- Consulte el Capítulo 5, Sección A, para averiguar más acerca de las farmacias que no forman parte de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



4. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta médica porque no tiene su tarjeta de asegurado

Si no tiene su tarjeta de asegurado de Blue Cross Community MMAI consigo, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita, deberá pagar el costo total de la receta médica.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos.
- Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado para la receta médica.

5. Cuando paga el costo total de una receta médica de un medicamento que no tiene cobertura

Puede pagar el costo total de la receta médica debido a que el medicamento no tiene cobertura.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos incluidos* (Lista de medicamentos) del plan o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento, es posible que tenga que pagar el costo total de este.
 - Si no paga por el medicamento, pero cree que debería estar incluido, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9).
 - Si usted y su médico u otra persona que receta consideran que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos. En algunas situaciones, necesitaremos más información de su médico o de otra persona que receta para efectuar el reintegro por nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en que pagó es mayor que nuestro precio negociado para la receta médica.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Cuando usted nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento deberían estar incluidos. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debería estar incluido, pagaremos por el servicio o medicamento. Si rechazamos una solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos su factura y la constancia de cualquier pago que haya realizado. La constancia de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para sus registros.** Puede pedir ayuda al coordinador de servicios médicos.

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo pagado a la siguiente dirección:

Prescription Drug Claims Payment Requests

Blue Cross Community MMAI

P.O. Box 20970

Lehigh Valley, PA 18002-0970

Para todos los demás servicios, llame al Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que nosotros decidiremos si su atención médica o el medicamento están incluidos por el plan. También decidiremos el monto, si la hubiere, que usted debe pagar por la atención médica o medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



- Le haremos saber si necesitamos que nos proporcione más información.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están incluidos y siguió todas las normas para obtener la atención o el medicamento, lo pagaremos. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque por lo que usted pagó. Si pagó el costo total de un medicamento, puede que no le rembolsen el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le pagaremos al proveedor directamente.

En el Capítulo 3, se explican las normas para obtener los servicios incluidos. En el Capítulo 5, se detallan las normas para obtener los medicamentos con receta incluidos de Medicare Parte D.

- Si decidimos no pagar por el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta explicando por qué no lo hacemos. En la carta, también le explicaremos sus derechos para presentar una apelación.
- Para averiguar más sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límite importantes. Para averiguar más sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.

- Si desea presentar una apelación sobre recibir un reembolso por un servicio de atención médica, visite Capítulo 9, Sección de D.
- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir un reembolso por un medicamento, visite Capítulo 9, Sección de F.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como asegurado de nuestro plan. Debemos honrar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *manual del asegurado*.

Tabla de contenido

A. Su derecho a obtener información de una manera que satisfaga sus necesidades	172
B. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios incluidos.....	173
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	175
C1. Cómo protegemos su PHI	175
C2. Usted tiene derecho a ver su expediente médico.....	176
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, los proveedores que forman parte de la red y los servicios incluidos	176
E. Incapacidad de los proveedores que forman parte de la red de facturarle directamente	178
F. Su derecho a salirse del plan.....	178
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	179
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica	179
G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo.....	180
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	182
H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	182

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



H1. Qué hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos	182
I. Sus responsabilidades como asegurado del plan	183

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

La declaración de derechos y responsabilidades de los asegurados de la organización especifica que los asegurados tienen:

1. El derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores y los derechos y responsabilidades de los asegurados.
2. El derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad.
3. El derecho a colaborar con los profesionales en la toma de decisiones sobre su atención médica.
4. El derecho a una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento apropiadas o de necesidad médica para sus condiciones, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
5. El derecho a expresar sus quejas o apelaciones sobre la organización o la atención que provee.
6. El derecho a hacer recomendaciones sobre la póliza de derechos y responsabilidades del asegurado de la organización.
7. La responsabilidad de proporcionar información (en la medida de lo posible) que la organización y sus profesionales y proveedores necesitan para proporcionar atención.
8. La responsabilidad de seguir los planes e instrucciones de atención que hayan acordado con sus profesionales.
9. La responsabilidad de entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas, en la medida de lo posible.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



A. Su derecho a obtener información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le proporcionen de una manera culturalmente competente y accesible. Debemos también informarle acerca de los beneficios del plan y sus derechos de una manera que pueda entender. Debemos informarle acerca de sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- El derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad.
- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame al Servicio al Asegurado. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder las preguntas de los asegurados que hablan otros idiomas. La llamada es gratuita.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas distintos del inglés(Spanish), como: inglés (English), cantonés (Cantonese), hindi (Hindi), coreano (Korean), mandarín (Mandarin), polaco (Polish), ruso (Russian) y tailandés (Thai). Si desea realizar una solicitud permanente para recibir todos los materiales, tanto ahora como en el futuro, en un idioma que no sea el inglés (English) o en un formato alternativo, puede llamar al Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita y en formatos como letra grande, braille o audio.

Si tiene dificultades para obtener información sobre nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede presentar una queja a Medicaid llamando a la Línea Directa de Beneficios de Salud de Illinois al 1-800-226-0768. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-204-1012.
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

Usted tiene derecho a obtener información de forma tal que satisfaga sus necesidades

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de forma tal que pueda entenderlos. Asimismo, debemos informarle sobre sus derechos cada año que participe en nuestro plan.

- Para obtener información de forma tal que pueda entenderla, llame a Servicio al Cliente. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas. La llamada es gratuita.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas aparte de inglés y en otros formatos como letra grande, braille o audio. Entre los idiomas, se incluyen los siguientes: inglés, cantonés, hindi, coreano, mandarín, polaco, ruso y tailandés. Si desea realizar una solicitud permanente para recibir todos los materiales, tanto ahora como en el futuro, en un idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo, puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-723-7702 (TTY 711).
- Si tiene dificultades para obtener información sobre nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede presentar una queja ante Medicaid llamando a la Línea de beneficios de salud de Illinois al 1-800-226-0768. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.

B. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios incluidos

Como asegurado de nuestro plan:

- Tiene el derecho de elegir un profesional de la salud primaria (PCP) en la red del plan. Un proveedor que forma parte de la red es un proveedor que trabaja con el seguro de gastos médicos. Puede encontrar más información acerca de cómo elegir a un PCP en el Capítulo 3, Sección D.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Llame al Servicio al Asegurado o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar más acerca de proveedores que forman parte de la red y cuáles médicos están aceptando pacientes nuevos.
- Tiene derecho a recurrir a un especialista en salud de la mujer sin un referido. Un referido es la aprobación de su PCP para recurrir a otro profesional médico.
- Usted tiene derecho a recibir servicios incluidos de proveedores que forman parte de la red dentro de un período razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
 - Si usted no puede obtener los servicios dentro de un período razonable, debemos pagarle el cuidado fuera de la red.
- Tiene derecho a obtener servicios de emergencia o atención médica inmediata sin autorización previa (PA).
- También tiene derecho a adquirir sus recetas médicas surtidos en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede recurrir a un proveedor que no forma parte de la red. Para informarse acerca de los proveedores que no forman parte de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D.

El Capítulo 9 le indica lo que usted puede hacer si cree que no obtiene sus servicios o medicamentos dentro de un período de tiempo razonable. El Capítulo 9 también indica lo que usted puede hacer si hemos denegado la cobertura de sus servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Protegemos su información médica personal (PHI), como lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que usted nos proporcionó cuando se inscribió en este plan. También incluye su expediente médico y otra información médica y de salud.

Tiene derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad. Tiene la responsabilidad de entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas, en la medida de lo posible.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que las personas sin autorización no vean ni cambien sus registros.

Excepto en los casos mencionados a continuación, no damos su PHI a nadie que no esté proporcionándole atención médica o pagando por ella. Si lo hacemos, se nos exige obtener primero un permiso por escrito de usted. El permiso escrito lo puede otorgar usted u otra persona con poder legal para tomar decisiones por usted.

Existen ciertos casos en que no tenemos que obtener un permiso escrito con antelación de su parte. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.

- Estamos obligados a divulgar PHI a agencias del gobierno que están controlando la calidad de la atención médica que brindamos.
- Estamos obligados a dar su PHI a Medicare. Si Medicare divulga su PHI para fines de investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con las leyes federales.

Blue Cross Community MMAI está trabajando con el estado de Illinois para detener la aparición de nuevos casos de VIH. El Departamento de Salud Pública de Illinois comparte los datos que recopila en conjunto con las Organizaciones de Atención Médica Administrada de IL Medicaid e IL Medicaid para brindar una mejor atención a las personas que viven con VIH. El nombre, la fecha de nacimiento, el número del Seguro Social, el estado del VIH y otra información se comparten de forma segura para todos los asegurados de Medicaid.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



C2. Usted tiene derecho a ver su expediente médico

Usted tiene derecho a examinar su expediente médico y a obtener una copia de este. Tenemos permitido cobrarle un arancel por hacer una copia de su expediente médico.

Usted tiene el derecho de pedirnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Usted tiene derecho a saber si su información médica protegida (PHI) ha sido compartida con otras personas y de qué manera.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información médica protegida (PHI), llame a Servicio al Asegurado.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, los proveedores que forman parte de la red y los servicios incluidos

Como asegurado de Blue Cross Community MMAI, tiene derecho a obtener información de nuestra parte. Si usted no habla inglés (English), tenemos servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de nuestro seguro de gastos médicos. To get an interpreter, just call us at 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. This is a free service. Los materiales escritos están disponibles en inglés (English) y en otros idiomas. Servicio al Asegurado también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés (English) y las que tengan una discapacidad auditiva. También podemos proporcionarle información en formato de audio, escrita en sistema Braille o en letra de molde grande.

Si desea información acerca de cualquiera de los siguientes, llame al Servicio al Asegurado:

- Cómo elegir o cambiar planes
- Nuestro plan, incluido:

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- información financiera
- cómo ha sido calificado el plan por los asegurados del plan
- el número de apelaciones hechas por los asegurados
- cómo abandonar el plan
- Nuestros proveedores que forman parte de la red y nuestras farmacias de la red, que incluye:
 - cómo elegir o cambiar de profesionales de la salud primaria
 - cualificaciones de nuestras farmacias y proveedores que forman parte de la red
 - cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red
 - una lista de los proveedores y las farmacias que forman parte de la red del plan, consulte el *Directorio de Proveedores y farmacias*. Para obtener más información sobre nuestros proveedores o farmacias, llame al Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. O visite nuestro sitio web en www.bcbsil.com/mmai.
- Servicios (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos incluidos (consulte los Capítulos 5 y 6) y acerca de las reglas que debe seguir, lo que incluye:
 - servicios y medicamentos incluidos en el plan
 - límites para su cobertura y medicamentos
 - reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos incluidos

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Por qué algo no tiene cobertura y lo que usted puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9), incluso pedirnos que:
 - pongamos por escrito el motivo por el cual algo no tiene cobertura
 - cambiemos una decisión que hemos tomado
 - paguemos una factura que usted recibió

E. Incapacidad de los proveedores que forman parte de la red de facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden ordenarle a usted que pague por los servicios incluidos. Ellos tampoco le pueden cobrar si pagamos por menos de lo que el proveedor nos cobró a nosotros. Consulte el Capítulo 7, Sección A, para saber qué hacer si un proveedor que forma parte de la red intenta cobrarle por servicios incluidos.

F. Su derecho a salirse del plan

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

- Si se retira de nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medicaid, siempre que siga siendo elegible.
- Tiene el derecho de obtener sus beneficios de Medicare por medio de:
 - un Medicare-Medicaid Plan diferente
 - original Medicare
 - un plan Medicare Advantage
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare Parte D por medio de:
 - un Medicare-Medicaid Plan diferente
 - un plan de medicamentos con receta
 - un plan Medicare Advantage

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Consulte el Capítulo 10 para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos con receta.
- Puede obtener sus beneficios de Medicaid por medio de:
 - un Medicare-Medicaid Plan diferente
 - el servicio de cobro por servicio de Medicaid o un seguro de gastos médicos de servicios y apoyos a largo plazo manejado (MLTSS) por Medicaid

NOTA: Si está recibiendo atención médica a largo plazo o servicios de exención basados en el hogar y la comunidad, debe permanecer en nuestro plan o elegir otro plan para obtener sus servicios y apoyos a largo plazo.

- Para elegir un seguro de gastos médicos de servicios y apoyos a largo plazo manejado (MLTSS) por HealthChoice Illinois, puede llamar a Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois al 1-877-912-8880, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígalos que desea abandonar Blue Cross Community MMAI e inscribirse en un seguro de gastos médicos MLTSS de HealthChoice Illinois. Si no elige un seguro de gastos médicos, se le asignará al seguro de gastos médicos MLTSS de HealthChoice de Illinois de nuestra compañía. Consulte el Capítulo 10 para obtener más información.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conozca sus opciones.** Tiene derecho de ser informado acerca de todos los tipos de tratamiento.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



- **Conozca los riesgos.** Usted tiene derecho a conocer cualquier riesgo posible. Usted debe conocer con antelación si cualquier servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene el derecho de negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Obtenga una segunda opinión.** Tiene el derecho a consultar a otro médico antes de tomar la decisión sobre el tratamiento.
- **Diga “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted no será retirado del plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume toda la responsabilidad de lo que le suceda a usted.
- **Pídanos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor le denegó la atención médica.** Usted tiene el derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor se ha denegado a brindarle atención médica que usted considera que debería recibir.
- **Pídanos que incluyamos un servicio o medicamento que fue denegado o que, por lo general, no tiene cobertura.** Esto se conoce como tomar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura del plan.

G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo

Algunas veces las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que eso le ocurra, usted puede:

- Completar un formulario por escrito para **otorgar a una persona el derecho de tomar decisiones de atención médica en su nombre.**
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo quiere que ellos lleven a cabo su atención de salud si llega a estar incapacitado para tomar esas decisiones.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



El documento legal que usted puede usar para proporcionar sus instrucciones se denomina directiva anticipada. Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada uno. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para atención médica. Para averiguar más acerca de las directivas anticipadas en Illinois, vaya al sitio web del Departamento de Salud Pública de Illinois en: www.idph.state.il.us/public/books/advin.

Usted no tiene que usar una instrucción anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que tiene que hacer:

- **Obtener el formulario.** Usted puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información acerca de Medicare o Medicaid también pueden tener formularios de directiva anticipada. También puede comunicarse con Servicio al Asegurado para pedir los formularios.
- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que necesitan saber sobre el tema.** Usted debe dar una copia del formulario a su médico. También debe dar una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Si lo desea, tal vez quiera entregar copias a amigos cercanos o a miembros de la familia. Conserve una copia en su hogar.
- **Blue Cross Community MMAI hará que su formulario completo forme parte de su expediente médico.** Blue Cross Community MMAI no puede, como condición para el tratamiento, exigirle que complete o renuncie a una directiva anticipada.
- Si usted va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **conservé una copia de esta para el hospital.**

El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene consigo.

Si no firmó un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si llena o no una instrucción anticipada.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico o el hospital no siguieron las instrucciones que aparecen en ella, puede presentar una queja llamando a la Línea de Ayuda para Ancianos al 1-800-252-8966 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada es gratuita.

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

En el Capítulo 9, Sección C, se indica lo que usted puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de su atención médica o servicios incluidos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene el derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros asegurados han presentado contra nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

H1. Qué hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos

Si considera que ha sido tratado injustamente y que **no** se trata de discriminación debido a los motivos indicados en el Capítulo 11 de este manual, o desea obtener más información sobre sus derechos, puede comunicarse para obtener ayuda:

- Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

- El Programa de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada al 1-800-252-8966 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada es gratuita. Para obtener información acerca de esta organización, consulte el Capítulo 2, Sección E.
- 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. (También puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar sus “Derechos y protecciones de Medicare” en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
- La Línea de Ayuda para Ancianos al 1-800-252-8966 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. TTY 1-888-206-1327. La llamada es gratuita.

I. Sus responsabilidades como asegurado del plan

Como asegurado del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Asegurado.

- **Lea el *Manual del Asegurado*** para conocer qué está incluido y las reglas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos incluidos. Para obtener detalles acerca de sus:
 - Servicios incluidos, consulte los Capítulos 3 y 4. Esos capítulos le indican a usted lo que está incluido, lo que no tiene cobertura, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.
 - Medicamentos incluidos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o para medicamentos con receta** que usted tenga. Se nos exige garantizar que usted esté usando todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llame al Servicio al Asegurado si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica** que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de asegurado de Blue Cross Community MMAI cada vez que obtenga servicios o medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a que le brinden el mejor cuidado.
 - La responsabilidad de entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas en la medida de lo posible.
 - Proporcióneles la información que necesitan acerca de usted y su salud. Aprenda tanto como pueda acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus proveedores hayan acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores tengan información acerca de todos los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si usted formula una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros asegurados respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como asegurado del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los asegurados de Blue Cross Community MMAI, Medicaid paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
 - **Si obtiene algún servicio o medicamento que no tenga cobertura de nuestro plan, debe pagar el costo total.** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura por un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una apelación.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos informe de inmediato. Llame al Servicio al Asegurado.
 - Me he mudado, ¿cómo actualizo mi dirección? Deberá actualizar su dirección con el Departamento de Salud y Servicios Familiares (HFS). Afortunadamente, es más fácil que nunca. Vaya a <https://abe.illinois.gov> y seleccione 'Gestionar mi caso' para verificar la información de su hogar o actualizar su dirección, o llame al 1-800-843-6154.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan.** Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Blue Cross Community MMAI. En el Capítulo 1, Sección D, se define nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el período especial de inscripción, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de medicamentos con receta o de salud de Medicare en su nueva dirección. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - Asimismo, asegúrese de informar a Medicare y Medicaid sobre su nueva dirección cuando usted se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Es importante mantener su documento que acredita como asegurado actualizado y saber cómo lo podemos contactar.
- Llame a Servicio al Asegurado al **1-877-723-7702** (TTY: **711**) para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para determinar qué hacer en los siguientes casos:

- Si tiene un problema o queja acerca de su plan.
- Si necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan haya indicado que no pagará.
- Si no está de acuerdo con una decisión que su plan ha tomado acerca de su atención médica.
- Si considera que sus servicios incluidos se terminan demasiado pronto.

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando.

Si usted tiene un problema con sus servicios y apoyos de salud o a largo plazo

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y el soporte a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen como necesarios para el cuidado de la salud como parte del plan de cuidado. **Si tiene algún problema con su atención médica, puede llamar a la Línea de Ayuda para Ancianos al 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327.** Este capítulo explica las opciones que tiene para distintos problemas y quejas, pero puede llamar a la Línea de Ayuda de Ancianos para que lo ayuden a orientarlo con su problema. La Línea de Ayuda para Ancianos ayuda a cualquier persona de cualquier edad inscrita en este plan. Si desea obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y conocer los medios de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección D, en el que hay más información sobre los programas del defensor del consumidor.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Tabla de contenido

A. Qué hacer si tiene algún problema.....	189
A1. Información acerca de los términos legales	189
B. A dónde llamar para pedir ayuda.....	189
B1. Dónde obtener más información y ayuda	189
C. Problemas con sus beneficios	191
C1. Cómo usar el proceso de toma de decisiones de cobertura y apelaciones o presentación de quejas	191
D. Decisiones y apelaciones de la cobertura	192
D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura.....	192
D2. Cómo obtener ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura.....	192
D3. Cómo usar la sección de este capítulo que lo ayudará	194
E. Problemas de atención médica	197
E1. Cuándo usar esta sección.....	197
E2. Solicitar una decisión de cobertura.....	198
E3. Apelación de nivel 1 para atención médica (no medicamentos de la Parte D).....	201
E4. Apelación de nivel 2 para atención médica (no medicamentos de la Parte D).....	208
E5. Problemas de pago	214
F. Medicamentos Parte D.....	216
F1. Qué hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D.....	216
F2. Qué es una excepción	219
F3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones	220

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción	221
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D	226
F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D	230
G. Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en un hospital por más tiempo	232
G1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare	233
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital	234
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital	238
H. Qué hacer si cree que su atención médica en el hogar, atención de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral para pacientes no hospitalizados (CORF) terminan demasiado pronto	239
H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura	240
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención médica	240
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención médica	243
I. Llevar su apelación más allá del Nivel 2	245
I1. Próximos pasos que debe seguir para obtener artículos y servicios de Medicare	245
I2. Próximos pasos que debe seguir para obtener artículos y servicios de Medicaid	245
J. Cómo presentar una queja	246
J1. Qué tipos de problemas deben abarcar las quejas	246
J2. Quejas internas	248
J3. Quejas externas	250

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



A. Qué hacer si tiene algún problema

Este capítulo indica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

A1. Información acerca de los términos legales

Existen términos legales difíciles para algunas de las reglas y plazos en este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, de modo que hemos usado palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Usamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, diremos:

- “presentar una queja”, en lugar de “presentar una inconformidad”
- “decisión de cobertura”, en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgos” o “determinación de cobertura”
- “decisión de cobertura rápida”, en lugar de “determinación acelerada”

Conocer los términos legales apropiados puede ayudarle a comunicarse más claramente, por lo cual los proporcionamos también.

B. A dónde llamar para pedir ayuda

B1. Dónde obtener más información y ayuda

A veces el inicio o seguimiento de un proceso para abordar un problema puede ser confuso. Esto es particularmente cierto si usted no se siente bien o sus energías son limitadas. En otras oportunidades, puede ser que usted no tenga los conocimientos que necesita para continuar con el siguiente paso.

Usted puede obtener ayuda de la Línea de Ayuda para Ancianos

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Si necesita ayuda, siempre puede llamar a la Línea de Ayuda para Ancianos. La Línea de Ayuda para Ancianos tiene un programa de defensor del consumidor que puede responder sus preguntas y ayudarlo a comprender lo que debe hacer para manejar su problema. La Línea de Ayuda para Ancianos no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o seguro de gastos médicos. Pueden ayudarlo a comprender qué proceso usar. El número de teléfono de la Línea de Ayuda para Ancianos es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. Puede llamar a la Línea de Ayuda para Ancianos de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La llamada y el asesoramiento son gratuitos y están disponibles para usted independientemente de su edad. Consulte el Capítulo 2, Sección D, para obtener más información sobre los programas del defensor del consumidor.

Puede obtener ayuda del Programa de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada (SHIP)

También puede llamar al Programa de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada (SHIP). Los asesores de SHIP pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a comprender lo que debe hacer para manejar el problema. Los asesores de SHIP pueden ayudarlo sin importar cuántos años tenga. El programa SHIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o seguro de gastos médicos. El número de teléfono SHIP es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327 y su sitio web es <https://www2.illinois.gov/aging/ship>. La llamada y la ayuda son gratuitas.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Usted puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda cuando tenga problemas. Existen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare en www.medicare.gov.

Cómo obtener ayuda de Medicaid

Puede comunicarse con el estado de Illinois directamente para obtener ayuda cuando tenga problemas. Llame a la línea de ayuda del Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois al 1-800-226-0768, TTY: 1-877-204-1012, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



También puede llamar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, en inglés). En Illinois, es el Programa de BFCC-QIO de Livanta, al 1-888-524-9900, TTY: 1-888-985-8775. Es un grupo de médicos y otros proveedores de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de las personas con Medicare. No está asociado con nuestro plan.

C. Problemas con sus beneficios

C1. Cómo usar el proceso de toma de decisiones de cobertura y apelaciones o presentación de quejas

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La tabla a continuación le ayudará a identificar la parte correcta de este capítulo que trata sobre problemas o quejas.

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?	
(Esto incluye problemas para saber si alguna atención médica en particular [artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B] tiene cobertura o no, la forma de su cobertura y los problemas relacionados con el pago de la atención médica).	
Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección D: “Decisiones y apelaciones de la cobertura”	No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura. Vaya a la Sección J: “Cómo presentar una queja”

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

D. Decisiones y apelaciones de la cobertura

D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y apelaciones sirve para abordar problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente a los artículos médicos, los servicios y los medicamentos con receta de la Parte B los denominamos **atención médica**.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están incluidos para usted y cuánto debemos pagar.

Si usted o su médico no están seguros de si un servicio, artículo o medicamento está incluido por Medicare o Medicaid, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico le preste el servicio o suministre el artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no tiene cobertura de Medicare o Medicaid o ya no lo incluye. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

D2. Cómo obtener ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura

¿A quién puedo llamar para obtener ayuda para una solicitud de decisiones de cobertura o presentar una apelación?

Puede pedir ayuda a cualquiera de estas personas:

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Llame a **Servicio al Asegurado** al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.
- Llame a la **Línea Directa de Beneficios de Salud del Departamento de Salud y Servicios Familiares de Illinois** para recibir ayuda gratuita, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. La Línea Directa de Beneficios de Salud de Illinois ayuda a las personas inscritas en Medicaid que tienen algún problema. El número de teléfono es 1-800-226-0768, TTY: 1-877-204-1012.
- Llame a la **Línea de Ayuda para Ancianos** para obtener ayuda gratuita de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La Línea de Ayuda para Ancianos ayudará a cualquier persona de cualquier edad que esté inscrita en este plan. La Línea de Ayuda para Ancianos es una organización independiente. No está asociado con este plan. El número de teléfono es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327.
- Hable **con su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una apelación o decisión de cobertura en su nombre.
 - Si desea nombrar a su médico u otro proveedor para que sea su representante, llame al Servicio al Asegurado y pida el formulario para “Nombramiento del Representante”. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. El formulario le otorga a la persona permiso para actuar por usted. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Tenga en cuenta que bajo el programa Medicare, su médico u otro proveedor puede presentar una apelación sin el formulario para “Nombramiento del Representante”.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Hable con un **amigo o miembro de la familia** y pídale que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
 - Si desea designar a un amigo, a un familiar o a otra persona para que sea su representante, llame al Servicio al Asegurado y solicite el formulario para “Nombramiento del Representante”.
 - También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. El formulario le otorga a la persona permiso para actuar por usted. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene el derecho a contratar a un abogado** para que actúe en su nombre. Usted puede contratar a su propio abogado o solicitar un abogado en la asociación local de abogados u otro servicio de referidos. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si es elegible. Si usted desea que un abogado lo represente, deberá llenar el formulario para nombramiento del representante.
 - Sin embargo, **no necesita un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para presentar una apelación.

D3. Cómo usar la sección de este capítulo que lo ayudará

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Cada situación tiene plazos y reglas diferentes. Este capítulo lo dividimos en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar las reglas que debe seguir. **Usted solo necesita leer la sección que se aplica a su problema:**

- En la **Sección E**, se proporciona información si tiene problemas acerca de la atención médica (pero **no** los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
 - Usted no está recibiendo la atención médica que desea y considera que este cuidado está incluido por nuestro plan.
 - No aprobamos la atención médica que su médico quiere darle, y usted cree que esta atención debe estar incluida.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- **NOTA:** Solo use la Sección E si estos son medicamentos que **no** están incluidos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos incluidos*, también conocida como Lista de medicamentos, marcados con las letras “MC” **no** están incluidos por la Parte D. Consulte la Sección F para ver las apelaciones por medicamentos de la Parte D.
- Usted recibió atención médica que cree que debería estar incluida, pero no estamos pagando por dicha atención médica.
- Recibió y pagó por atención médica que creía que estaba incluida y desea solicitar que le demos un reembolso.
- A usted se le ha indicado que la cobertura para la atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y está en desacuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se va a interrumpir es por cuidado hospitalario, atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes No Hospitalizados (CORF), usted deberá leer otra parte de este capítulo, ya que rigen normas especiales para estas modalidades de cuidado. Consulte las secciones G y H.
- Puede descartar una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo podríamos rechazar su solicitud son: si su solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud por usted, pero no nos ha dado pruebas de que usted aceptó permitirles hacer la solicitud, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicarán los motivos y cómo se puede solicitar una revisión del rechazo. Esta revisión es un proceso formal llamado apelación.
- La **sección F** le proporciona información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Desea solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento Parte D que no esté incluido en nuestra Lista de medicamentos.
- Usted desea pedirnos que renunciemos a los límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
- Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación o autorización previa (PA).
- Nosotros no aprobamos su solicitud o excepción y usted o su médico, u otra persona que receta, consideran que deberíamos haberlo hecho.
- Nos solicita que paguemos un medicamento con receta que ya compró. (Esto es equivalente a solicitar una decisión de cobertura por pagos.)
- En la **Sección G** se brinda información sobre cómo solicitarnos que incluyamos una estadía en un hospital más extensa si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto. Use esta sección si:
 - Se encuentra en el hospital y considera que el médico le pidió que abandone el hospital demasiado pronto.
- En la **Sección H**, se brinda información si usted cree que sus servicios de atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes no hospitalizados (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de cuál sección debe usar, llame al Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

Si necesita más ayuda o información, llame a la Línea de Ayuda para Ancianos al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La llamada y la ayuda son gratis.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



E. Problemas de atención médica

E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección es acerca de lo que debe hacer si tiene problemas con sus beneficios para su atención médica, como sus servicios médicos incluidos, salud conductual y atención médica a largo plazo. También puede usar esta sección si tiene problemas con medicamentos **sin** cobertura de la Parte D, incluidos los medicamentos de Medicare Parte B. Los medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos* con un "MC" **no** están incluidos por la Parte D. Use la Sección F para las apelaciones de medicamentos de la Parte D.

En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

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

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención médica que su médico desea darle y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención médica. Consulte la Sección E3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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

Qué puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Recibió y pagó por atención médica que creía que estaba incluida y desea que le realicemos un reembolso por los servicios o artículos.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que le rembolsemos el dinero. Consulte la Sección E5 para obtener información sobre cómo solicitar el pago.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para atención médica y no está de acuerdo con nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Qué puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la Sección E3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Se aplican normas especiales si la cobertura que se va a interrumpir es por servicios de cuidado en el hospital, atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral pacientes no hospitalizados (CORF). Lea las secciones G o H para obtener más información.

E2. Solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener un servicio médico, de salud conductual o servicio de atención médica a largo plazo

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o bien pida a su representante o a su médico que nos soliciten una decisión.

- También puede llamarnos al: 1-877-723-7702, TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.
- Usted puede enviarnos un fax al: 1-312-233-4060
- Para llevar a cabo una revisión retrospectiva de la salud conductual, puede escribirnos a:

Blue Cross Community Behavioral Health

PO BOX 660103

Dallas, TX 75266

¿Cuánto tiempo se requiere para recibir una decisión de cobertura?

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Por lo general, el plazo es de 14 días calendario posteriores a su solicitud, a menos que su solicitud sea para un medicamento con receta de Medicare Parte B. Si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B, le comunicaremos nuestra decisión en un plazo no mayor a 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si no le proporcionamos nuestra decisión dentro de los siguientes 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento con receta de Medicare Parte B), usted puede apelar.

Algunas veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta indicándole que necesitamos hasta 14 días calendario más. En la carta le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, solicite que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas (o dentro de las 24 horas para un medicamento con receta de Medicare Parte B).

Sin embargo, algunas veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta indicándole que necesitamos hasta 14 días calendario adicionales. En la carta le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación acelerada”.

Cómo solicitar una decisión de cobertura rápida:

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida, comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos el cuidado que usted desea.
- Puede comunicarse con el Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable, o envíenos un fax al 1-312-233-4200. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2.

- También puede decirle a su médico o a su representante que nos llame.

A continuación se explican las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Usted debe cumplir con los siguientes dos requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si está solicitando cobertura para atención médica o un artículo que usted aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago de artículos o servicios que ya recibió).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si la fecha límite estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos con receta de Medicare Parte B) puede causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar normalmente**.
 - Si su médico dice que usted necesita una decisión de cobertura rápida, le daremos una automáticamente.
 - Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el aval de su médico, nosotros decidiremos si usted recibe una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su salud no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos la fecha límite estándar de 14 días calendario (o la fecha límite de 72 horas para los medicamentos con receta de Medicare Parte B).
 - Esta carta le informará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- La carta también le informará cómo puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección J.

Si la decisión de cobertura es No, ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta con nuestras razones para decirle que **No**.

- Si nuestra respuesta es **No**, tiene el derecho a solicitar que cambiemos esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, eso significa que usted ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la sección a continuación para obtener más información).

E3. Apelación de nivel 1 para atención médica (no medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Si usted o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. En todos los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante proceso de apelaciones, puede comunicarse con la Línea de Ayuda para Ancianos al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La Línea de Ayuda para Ancianos no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o seguro de gastos médicos. La llamada y la ayuda son gratuitas.

¿Qué es una apelación de Nivel 1?

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación a nuestro plan. Revisaremos nuestra decisión de cobertura para determinar si es correcta. El revisor será una persona que no tomó la decisión de la cobertura original. Cuando completemos la revisión, le daremos nuestra decisión por escrito.

Si le informamos, después de nuestra revisión, que el servicio o artículo no tiene cobertura, su caso puede pasar a una Apelación de Nivel 2.

¿Cómo puedo hacer una Apelación de Nivel 1?

- Para iniciar una apelación, usted, su médico u otro proveedor, o su representante, deben comunicarse con nosotros. Puede comunicarse con nosotros al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Para obtener información adicional sobre cómo comunicarse con nosotros para hacer apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Usted puede solicitarnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.

○ Puede presentar una solicitud a la siguiente dirección:

Blue Cross Community Health PlansSM
Appeals & Grievances

De un vistazo: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden realizar por escrito solicitud y enviarla por correo o fax. También puede solicitar una apelación si nos llama.

- Solicítela **dentro de los siguientes 65 días calendario** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio de Medicaid que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, tiene **10 días calendario** para presentar una apelación si desea mantener ese servicio de Medicaid mientras su proceso de apelaciones está en proceso.
- Siga leyendo esta sección para saber más sobre qué fecha límite aplica a su apelación.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



PO Box 27838
Albuquerque, NM 87125-9705

- Si solicita una apelación estándar, envíenos un fax al 1-866-643-7069.
- Si solicita una apelación rápida, envíenos un fax al 1-800-338-2227.
- También puede solicitar una apelación llamándonos al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

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

¿Puede alguien más presentar la apelación por mí?

Sí. Su médico, otro proveedor o alguien más puede hacer la apelación por usted, pero primero usted debe completar un Formulario para nombramiento del representante. El formulario le otorga a la otra persona permiso para actuar por usted.

Si no recibimos este formulario y alguien está actuando por usted, se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, usted tiene derecho a que otra persona revise nuestro rechazo. Le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

Si desea obtener un formulario para Nombramiento del Representante, comuníquese con el Servicio al Asegurado y solicite uno, o visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Si la apelación proviene de una persona distinta a usted, por lo general debemos recibir el formulario para Nombramiento del Representante completo antes de que podamos revisar la apelación.

Tenga en cuenta que bajo el programa Medicare, su médico u otro proveedor puede presentar una apelación sin el Formulario para nombramiento del representante.

¿Cuánto tiempo tengo para hacer una apelación?

Debe solicitar una apelación **dentro de los 65 días calendario** desde la fecha que aparece en la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión.

Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena razón son: usted tuvo una enfermedad grave, o le dimos información incorrecta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación. Debe explicar el motivo de la demora cuando hace su apelación.

NOTA: Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio de Medicaid que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, tiene **10 días calendario** para presentar una apelación si desea mantener ese servicio de Medicaid mientras su proceso de apelaciones está en proceso. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1?” para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia de mis expediente del caso?

Sí. Solicítenos una copia gratuita llamando al Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

¿Puede mi médico darles más información acerca de mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden darnos más información para apoyar su apelación.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Examinamos con mucho cuidado toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificamos si estábamos cumpliendo con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. El revisor será una persona que no tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela a usted o a su médico.

¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión sobre la apelación “estándar”?

Debemos darle una respuesta en un plazo de 15 días laborables después de haber recibido su apelación (o en un plazo de 7 días calendario después de haber recibido su apelación por un medicamento con receta de Medicare Parte B). Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su afección de salud lo requiere.

- Sin embargo, si solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos reunir más información, podemos extender el plazo hasta por 14 días calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos más tiempo para tomar una decisión, nos comunicaremos con usted a fin de informarle el motivo. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no debemos extender el plazo, puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección J.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 15 días laborables (o en un plazo de 7 días calendario después de haber recibido su apelación por un medicamento con receta de Medicare Parte B) al final de los días adicionales (si nos tomó ese tiempo), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema se refiere a un servicio o artículo incluido por Medicare o por Medicare y Medicaid. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema se refiere a un servicio o artículo incluido solo por Medicaid, usted mismo puede

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



presentar una Apelación del nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte Sección E4.

Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o proporcionar la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a que le demos nuestra respuesta (o en un plazo de 7 días calendario después de haber recibido su apelación por un medicamento con receta de Medicare Parte B).

Si nuestra respuesta es No para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se refiere a un Servicio o artículo incluido por Medicare o por Medicare y Medicaid, la carta le indicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación del nivel 2. Si su problema se refiere a un servicio o artículo incluido solo por Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación del nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte Sección E4.

¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión sobre la apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, nosotros le informaremos en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud si necesitamos más información para decidir su apelación. Tomaremos una decisión sobre su apelación rápida dentro de las siguientes 24 horas después de recibir toda la información solicitada de su parte.

- Sin embargo, si solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos reunir más información, podemos extender el plazo hasta por 14 días calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos más tiempo para tomar una decisión, le escribiremos para informarle el motivo. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no debemos extender el plazo, puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección J.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

- Si no le damos una respuesta a su apelación dentro de las siguientes 24 horas después de recibir toda la información necesaria o al final de los días adicionales (si nos tomó ese tiempo), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema se refiere a un servicio o artículo incluido por Medicare o por Medicare y Medicaid. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema se refiere a un servicio o artículo incluidos solo por Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación del nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte Sección E4.

Si nuestra respuesta es Sí para una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a tomar nuestra decisión.

Si nuestra respuesta es No para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se refiere a un Servicio o artículo incluido por Medicare o por Medicare y Medicaid, la carta le indicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación del nivel 2. Si su problema se refiere a un servicio o artículo incluido solo por Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación del nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte Sección E4.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?

- Si su problema se refiere a un servicio incluido por Medicare, o por Medicare y Medicaid, sus beneficios por ese servicio continuarán durante el proceso de Apelación del nivel 1.
- Si su problema se refiere a un servicio incluido solo por Medicaid, sus beneficios por ese servicio no continuarán a menos que solicite al plan que continúe con sus beneficios cuando presente su apelación. Debe presentar su apelación y solicitar continuar con los beneficios dentro de los 10 días calendario después de que reciba el Aviso de rechazo de cobertura médica. Si pierde la apelación, tendrá que pagar por el servicio.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



E4. Apelación de nivel 2 para atención médica (no medicamentos de la Parte D)

Si el plan dice que no en el Nivel 1 ¿qué sucede después?

- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le dirá si el servicio o artículo normalmente está incluido por Medicare o Medicaid.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo de **Medicare**, automáticamente tendrá una Apelación de Nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente (IRE, en inglés) cuando la Apelación de Nivel 1 esté completa.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo de **Medicaid**, usted puede presentar una Apelación de Nivel 2 en la oficina de Audiencia Imparcial ante el Estado. En la carta se le indicará cómo hacerlo. También encontrará información al respecto más abajo.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que podría estar **incluido por Medicare y Medicaid**, automáticamente tendrá una Apelación de Nivel 2 con la IRE. Si también dicen que **no** a su apelación, puede solicitar otra apelación del Nivel 2 en la oficina de Audiencia Imparcial ante el Estado.

¿Qué es una apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es la segunda apelación, que la realiza una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con el plan. Es una Entidad de Revisión Independiente (IRE) o una Oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado de Medicaid. La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia gubernamental. Medicare supervisa su trabajo.

Mi problema es acerca de un artículo o servicio Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una apelación de Nivel 2?

El Nivel 2 del proceso de Apelaciones para servicios de Medicaid es una Audiencia Imparcial ante el Estado. Debe solicitar una Audiencia Imparcial ante el Estado por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** luego de la fecha en que enviamos la

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



carta con nuestra decisión sobre su Apelación de Nivel 1. En la carta que le enviemos se le indicará dónde presentar su solicitud de audiencia.

- Si usted desea solicitar una Audiencia Imparcial ante el Estado acerca de un servicio o un artículo estándar de Medicaid, la exención de servicios para adultos mayores (Programa de atención comunitaria, o CCP) o la exención para centros de vida asistida, presente su apelación por escrito o por teléfono a:

CORREO	Illinois Healthcare and Family Services Bureau of Administrative Hearings Fair Hearings Section 69 West Washington, 4th Floor Chicago, Illinois 60602
LLAME AL	1-855-418-4421 (número de teléfono gratuito)
TTY	1-800-526-5812
FAX	1-312-793-2005
CORREO ELECTRÓNICO	HFS.FairHearings@Illinois.gov

- Si desea solicitar una Audiencia Imparcial ante el Estado acerca de la exención para personas con discapacidades, exención para lesiones cerebrales traumáticas, o exención para VIH/SIDA, (Programa de Servicios en el Hogar o HSP), presente su apelación por escrito o por teléfono a:

CORREO	Department of Human Services Bureau of Hearings 69 West Washington, 4th Floor Chicago, Illinois 60602
LLAME AL	1-800-435-0774 (número de teléfono gratuito)
TTY	1-877-734-7429
FAX	1-312-793-3387
CORREO ELECTRÓNICO	DHS.HSPApeals@Illinois.gov

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



La audiencia será procesada por un funcionario de audiencia imparcial autorizado para supervisar Audiencias Imparciales ante el Estado.

- Usted recibirá una carta de la Oficina de Audiencia indicándole la fecha, hora y lugar de la audiencia. Esta carta también proporcionará información sobre la audiencia. Es importante que lea esta carta con cuidado.
- Por lo menos tres días hábiles antes de la audiencia, usted recibirá un paquete de información de parte de nuestro plan. Este paquete incluirá toda la evidencia que presentaremos en la audiencia. Este paquete también se enviará al Funcionario de Audiencia Imparcial.
- Deberá informar a la Oficina de Audiencias sobre cualquier arreglo razonable que pueda necesitar.
- Si debido a su discapacidad, no puede participar en persona en la oficina local, puede solicitar una participación por teléfono. Proporcione al personal de la audiencia el número de teléfono con el que podamos comunicarnos con usted.
- Debe proporcionar toda la evidencia que presentará en la audiencia al Funcionario de Audiencia Imparcial por los menos tres días laborables antes de la audiencia. Esto incluye una lista de cualquiera de los testigos que comparecerán, así como todos los documentos que usted usará.
- Es probable que la audiencia sea grabada.

Mi problema se refiere a un servicio o artículo que está incluido por Medicare, o por Medicare y Medicaid. ¿Qué sucederá en la apelación de Nivel 2?

Si decimos que **No** a su Apelación de Nivel 1 y, por lo general, el servicio o artículo está incluido por Medicare o Medicare y Medicaid, usted obtendrá **automáticamente** una Apelación de Nivel 2 de la Entidad de Revisión Independiente (IRE). La IRE realizará una revisión cuidadosa de la decisión del Nivel 1 y decidirá si se debe cambiar.

- No necesita solicitar una Apelación de Nivel 2. Automáticamente le enviaremos cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Se le notificará cuando esto suceda.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- La IRE está contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitar una copia de su archivo llamando al Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

La IRE debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 30 días calendario después de haber recibido su apelación (o dentro de los 7 días calendario de haber recibido su apelación para un medicamento con receta de Medicare Parte B). Esta regla aplica si usted envió su apelación antes de obtener elementos o servicios médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.

Si tuvo una “Apelación Rápida” en el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas posteriores de recibir su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.

¿Cómo me enteraré acerca de la decisión?

Si su Apelación del nivel 2 fue una Audiencia Imparcial ante el Estado, la Oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado le enviará una carta explicando su decisión. Esta carta se llama “decisión final administrativa”.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Si la Oficina de Audiencias Imparciales Estatales dice **Sí** a parte o todo lo que ha solicitado, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica tan pronto como su salud lo requiera.
- Si la Oficina de Audiencias Imparciales Estatales dice **No** a parte o todo lo que ha solicitado, significa que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si su Apelación de Nivel 2 fue enviada a la Entidad de Revisión Independiente (IRE, en inglés), esta le enviará a una carta explicando su decisión.

- Si la IRE dice **sí** a su solicitud en la apelación estándar, en su totalidad o en parte, deberemos autorizar la cobertura de la atención médica dentro de las siguientes 72 horas o proporcionarle el servicio o el artículo dentro de los siguientes 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, deberemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo dentro las 72 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento con receta de Medicare Parte B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de Medicare Parte B dentro de las 72 horas de haber recibido la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, deberemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de Medicare Parte B dentro de las 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **No** a lo que usted solicitó, en su totalidad o en parte, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si se rechaza mi solicitud de manera parcial o total, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su Apelación de Nivel 2 fue enviada a la Oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado, y usted no está de acuerdo con la decisión, no puede hacer otra apelación por el mismo tema a la oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado. Esta decisión se podrá revisar solo mediante los Tribunales de Circuito del Estado de Illinois.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Si su Apelación del nivel 2 fue enviada a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), puede presentar una nueva apelación en ciertas situaciones:

- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que está incluido por **Medicare y Medicaid**, puede solicitar otra apelación de Nivel 2 en la oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado. Después de que la IRE tome su decisión, le enviaremos una carta indicándole su derecho a solicitar una Audiencia Imparcial ante el Estado. Consulte la Sección E para obtener información sobre el proceso de Audiencia Imparcial ante el Estado.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que está incluido por **Medicare, o por Medicare y Medicaid**, puede apelar después del Nivel 2 solo si el valor en dólares del servicio que desea cumple con cierto monto mínimo. La carta que usted reciba de la IRE le explicará los derechos adicionales de apelación que usted puede tener.

Consulte la Sección I para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?

Tal vez.

- Si su problema se refiere a un servicio incluido por Medicare únicamente, sus beneficios por ese servicio **no** continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la IRE.
- Si su problema se refiere a un servicio incluido por Medicaid únicamente, sus beneficios por ese servicio continuarán si presenta una Apelación del nivel 2 dentro de los siguientes 10 días calendario después de haber recibido la carta de la decisión del plan.
- Si su problema se refiere a un servicio incluido por Medicare y Medicaid, sus beneficios por ese servicio continuarán durante el proceso de Apelación del nivel 2 con la IRE. Si presenta la apelación en la oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado después de que la IRE toma su decisión, y quisiera que sus servicios se

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

mantuvieran durante el proceso de Audiencia Imparcial ante el Estado, debe pedirlo dentro de los 10 días calendario del aviso de la IRE.

E5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen a usted por los servicios o artículos incluidos. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo incluido. Nunca deberá pagar el saldo de una factura.

Si recibe una factura por artículos y servicios incluidos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura por su cuenta.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.

Para obtener más información, lea el Capítulo 7: “Cómo solicitar que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos incluidos” en la sección titulada “Cuando un proveedor que forma parte de la red le envía una factura”. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que puede tener que solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

¿Puedo solicitar que me otorguen un reembolso por un servicio o artículo que haya pagado?

Recuerde, si le llega una factura por artículos y servicios incluidos, no debe pagarla. Pero si usted la paga, podrá obtener un reembolso si cumplió las normas para obtener artículos y servicios.

Si solicita que le reembolsemos, está solicitando una decisión de cobertura. Examinaremos si el servicio o artículo que pagó es un servicio o artículo incluido y comprobaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si los artículos y servicios que pagó están incluidos y cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago por el artículo o servicio típicamente en un plazo de 30 días, pero no más 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. Si todavía no ha pagado por el servicio o el artículo, enviaremos el pago directamente al

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder **afirmativamente** a su solicitud por una decisión de cobertura.

- Si los artículos y servicios no tienen cobertura, o usted no cumplió todas las normas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos por el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección E3. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos enviarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación.
- Si nos solicita un reintegro por un artículo o servicio que ya recibió y pagó, no podrá solicitar una apelación rápida.

Si le respondemos que **No** a su apelación y, por lo general, el servicio o artículo está incluido por Medicare o por Medicare y Medicaid, nosotros automáticamente enviaremos su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE). Le avisaremos por carta si esto sucede.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que le debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los siguientes 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **Sí** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó, a usted o al proveedor, en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRE dice **No** a su apelación, esto significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En la carta que reciba, se le explicarán los derechos adicionales de apelación que puede tener.

Si **rechazamos** su apelación y, por lo general, el servicio o artículo está incluido solo por Medicaid, puede presentar una Apelación de Nivel 2 (consulte la Sección E4).

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

F. Medicamentos Parte D

F1. Qué hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como asegurado de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos con receta. La mayoría de estos medicamentos son "Medicamentos de la Parte D". Existen algunos medicamentos que Medicare Parte D no incluye, pero que Medicaid podría incluir. **Esta sección aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La *Lista de medicamentos* incluye algunos medicamentos con un "MC". Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura por medicamentos que tienen el símbolo "MC" siguen el proceso que se describe en la Sección E.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación por los medicamentos con receta de la Parte D?

Sí. A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede solicitarnos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, como por ejemplo:
 - Solicitarnos cubrir un medicamento Parte D que no está en la Lista de medicamentos.
 - Solicitarnos que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está incluido para usted (por ejemplo, cuando su medicamento se encuentra en la Lista de medicamentos del plan, pero exigimos que usted obtenga aprobación de nuestra parte antes de darle cobertura para usted).

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



NOTA: Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede despacharse, usted recibirá un aviso explicándole cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

- Usted nos solicita que paguemos un medicamento con receta que ya compró. Esto es solicitarnos una decisión de cobertura por pagos.

El término legal para una decisión de cobertura de sus medicamentos de la Parte D es **“determinación de cobertura”**.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones de cobertura **y** cómo presentar una apelación.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

Use el cuadro que figura a continuación para decidir qué parte contiene información sobre su caso:

¿En qué situación se encuentra?			
¿Necesita usted un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos?	¿Desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como, por ejemplo, obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita?	¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya haya recibido y pagado?	¿Ya le hemos informado que no incluiremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted quisiera?
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede pedirnos una decisión de cobertura.	Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).
Comience con la Sección F2. Consulte también las secciones F3 y F4.	Vaya a la Sección F4.	Vaya a la Sección F4.	Vaya a la Sección F5.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

F2. Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para obtener la cobertura de un medicamento que no está normalmente en nuestra Lista de medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o no está incluido en la forma en que usted quisiera, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”.

Cuando solicita una excepción, su médico u otra persona que receta deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué la requiere.

A continuación, detallamos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona que receta pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.
 - No puede solicitar una excepción por el monto del copago ni del coseguro que requerimos que pague por el medicamento.
2. Quitar una restricción sobre nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección B).
 - Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto a veces se denomina “autorización previa” [PA, en inglés]).
 - Estar obligado a probar otro medicamento primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
 - Cantidades límite. Para algunos medicamentos, establecemos un límite a la cantidad de medicamento que usted puede adquirir.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

El término legal para solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **“excepción de Lista de medicamentos”**.

F3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

Su médico u otra persona que receta debe indicarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u otra persona que receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Se les llama “medicamentos alternativos”. Si un medicamento alternativo puede tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causa más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Le diremos sí o no a su solicitud de excepción

- Si le decimos **Sí** a su solicitud de excepción, por lo general la excepción dura hasta el final del año calendario. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si le decimos **No** a su solicitud de excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. La Sección F5 dice cómo presentar una apelación si decimos **No**.

En la siguiente sección le explicamos cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que usted desea. Llame, escriba o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que receta) puede hacer esto. Puede comunicarse con nosotros al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted o su médico (u otra persona que receta) u otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre.

De un vistazo: Cómo solicitar una Decisión de Cobertura acerca de un medicamento o pago

Llame, escriba, envíenos un fax para solicitar, o pídale a su representante o médico u otra persona que receta que lo solicite. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar dentro de las siguientes 72 horas. Le daremos una respuesta acerca de reembolsarle por un medicamento de la Parte D que ya pagó dentro de los siguientes 14 días calendario.

- Si usted solicita una excepción, incluya la declaración de apoyo del médico u otra persona que receta.
- Usted o su médico, u otra persona que receta pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas por lo general se producen dentro de las siguientes 24 horas).
- Lea esta sección para asegurarse de que es elegible para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Lea la Sección D a fin de averiguar cómo autorizar a otra persona para que actúe como su representante.
- Usted no necesita dar permiso por escrito a su médico u otra persona que receta para solicitarnos una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos un reintegro por un medicamento, lea el Capítulo 7, Sección A, de este manual. En el Capítulo 7, se describen los momentos en que es posible que deba solicitar un reembolso. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que haya pagado.
- Si usted está solicitando una excepción, proporcione la “declaración de apoyo”. Su médico u otra persona que receta deben explicarnos las razones médicas que justifiquen la excepción para el medicamento. A esto lo llamamos la “declaración de apoyo”.
- Su médico u otra persona que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien pueden darnos la indicación por teléfono y luego enviar una declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.

Usaremos los “plazos estándar” a menos que hayamos acordado usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.

El término legal para una “decisión de cobertura rápida” es **“determinación de cobertura acelerada”**.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si solicita un medicamento que aún no haya recibido**. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró).

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si al aplicar las fechas límite estándar, su salud o su capacidad funcional resultan perjudicadas**.

Si su médico u otra persona que receta nos informan que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida y se lo informaremos en una carta.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otra persona que receta), determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos los plazos estándar.
 - Le enviaremos una carta avisándole. La carta le indicará cómo presentar una queja acerca de nuestra decisión de darle a usted una decisión estándar.
 - Puede presentar una “queja rápida” y obtener una decisión dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección J.

Fechas límite para una “decisión de cobertura rápida”

- Si estamos usando los plazos rápidos, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de las siguientes 24 horas. Esto significa un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. O, si usted solicita una excepción, 24 horas después de recibir la declaración de su doctor o persona que receta en la que apoye su solicitud. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si la respuesta es Sí** a su solicitud, en parte o en su totalidad, le proporcionaremos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o declaración de su médico o persona que receta en la que se avale su solicitud.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” con respecto a un medicamento que todavía no recibió

- Si estamos usando las fechas límite estándar, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir su solicitud. O, si usted solicita una excepción, 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su doctor o persona que receta. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o todo lo que usted solicitó, aprobaremos o proporcionaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido dicha solicitud o, si usted está solicitando una excepción, una declaración de apoyo de su médico o persona que receta.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límites para una “decisión de cobertura estándar” con respecto a un pago por un medicamento que usted ya compró

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si la respuesta es Sí** a su solicitud, en parte o en su totalidad, le pagaremos dentro de los siguientes 14 días calendario.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar una apelación, usted, su médico u otra persona que receta deben comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación.
- Si usted solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación enviando una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.
- Si usted desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Haga su solicitud de apelación **en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones por no haber cumplido la fecha límite, se pueden incluir los

De un vistazo: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico u otra persona que receta o su representante pueden poner su solicitud por escrito y por correo o enviárnosla por fax. También puede solicitar una apelación si nos llama.

- Solicítela **dentro de los siguientes 65 días calendario** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Usted, su médico o persona que receta o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- Lea esta sección del capítulo para asegurarse de que es elegible para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



siguientes: usted tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- Usted tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación. Para solicitar una copia, llame al Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

El término legal para una apelación al plan por una decisión sobre una cobertura de medicamentos de la Parte D es **“redeterminación”** del plan.

Si lo desea, usted y su médico u otra persona que receta pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión tomada por nuestro plan por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que le receta deberán decidir si usted 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 F4.

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

Nuestro plan revisará su apelación y le dará nuestra decisión.

- Volveremos a analizar toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos cumpliendo con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

usted o su médico u otra persona que receta para obtener más información.
El revisor será una persona que no tomó la decisión de la cobertura original.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si estamos usando las fechas límite rápidas, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, le enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de Apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su apelación.
- **Si la respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le entregaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido su apelación.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **No**.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Si está usando las fechas límite estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere, excepto si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró. Si está solicitando reembolso por un medicamento que ya compró, tenemos que darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su apelación. Si usted cree que su salud así lo requiere, deberá solicitar una “apelación rápida”.
- Si no le damos una respuesta sobre la decisión en 7 días calendario, o 14 días calendario si nos pidió un reembolso por un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud a Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su apelación.
- **Si la respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que solicitó:

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más tarde de 7 días calendario después de recibir su apelación_o 14 días calendario si pidió que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido la solicitud de apelación.
- **Si la respuesta es No** a una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **No** y le informaremos cómo apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** su apelación, en la totalidad o en parte, usted decide luego si desea aceptar esta decisión o presentar otra apelación. Si decide ir a una Apelación de Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) evaluará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, deberá presentar la solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos acerca de nuestra decisión en la Apelación de nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando presente una apelación a la IRE, le enviaremos el archivo de su caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso llamando a Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.
- Tiene derecho a dar información adicional a la IRE para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización de revisión independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con este plan y no es una agencia gubernamental.

De un vistazo: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si usted desea que la Entidad de revisión independiente evalúe su caso, su solicitud de apelación debe hacerse por escrito.

- Solicítela **dentro de los siguientes 60 días calendario** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Usted, su médico, persona que receta, o su representante pueden solicitar la apelación de Nivel 2.
- Lea esta sección para asegurarse de que es elegible para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará a usted una carta explicando su decisión.

El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**.

Fechas límites para “apelaciones rápidas” en el Nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) una “apelación rápida”.
- Si la IRE decide otorgarle una “apelación rápida”, deberá proporcionarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas posteriores a recibir su solicitud de apelación.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que solicitó, autorizaremos o le proporcionaremos la cobertura del medicamento dentro de las 24 horas posteriores de haber recibido la decisión.

Fechas límites para “apelaciones estándar” en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) deberá darle una respuesta a esta dentro de los 7 días calendario posteriores a recibir su apelación, o 14 días calendario si pidió un reembolso por un medicamento que ya compró.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que solicitó, autorizaremos o le proporcionaremos la cobertura del medicamento dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud para que le otorguemos un reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la decisión.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente dice que no a su apelación de Nivel 2?

No significa que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si usted decide ir al Nivel 3 del proceso de apelación, los medicamentos que solicitó tendrán que cumplir con un monto mínimo de dinero en dólares. Si el valor en dólares es inferior al mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, podrá solicitar una apelación de Nivel 3. La carta que usted reciba de la IRE le indicará la cantidad en dólares necesaria para continuar con el proceso de apelación.

G. Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en un hospital por más tiempo

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital incluidos por nosotros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en un hospital incluida, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudarán a coordinar el cuidado que usted pueda requerir después del alta médica.

- El día en que usted se retira del hospital se denomina la “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha de alta médica.

Si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una estadía en un hospital más prolongada. Esta sección le explica cómo debe hacer la solicitud.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



G1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su hospitalización, un encargado del caso o una enfermera le dará un aviso denominado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Si usted no recibe este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso cuidadosamente y formule preguntas si no lo comprende. El “Mensaje importante” le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos los derechos que se enumeran a continuación:

- Obtener los servicios incluidos por Medicare durante su estadía en un hospital y después de esta. Usted tiene el derecho a conocer en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Participar de las decisiones acerca de la duración de su estadía en un hospital.
- Saber a dónde notificar cualquier duda que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Apelar si cree que le están dando de alta en el hospital demasiado pronto.

Usted debe firmar el aviso de Medicare como acuse de su recibo y demostrar que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que usted esté de acuerdo con la fecha de alta indicada por su médico o el personal del hospital.

Mantenga su copia del aviso firmado para que conserve la información en el mismo, si lo necesita.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Para obtener una copia de este aviso por anticipado, puede comunicarse con el Servicio al Asegurado llamando al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. 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. La llamada es gratuita.
- También puede consultar el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si necesita ayuda, llame al Servicio al Asegurado o a Medicare a los números que aparecen arriba.

G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si usted desea que cubramos sus servicios de hospital para pacientes internados por más tiempo, debe solicitar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad hará la revisión de la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha planificada de alta es médicamente apropiada para usted. En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO.

Si quiere hacer una apelación para cambiar su fecha de alta médica, llame a Livanta BFCC-QIO al: 1-888-524-9900.

Llame de inmediato

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de salir del hospital y no después de la fecha planificada de alta médica. “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información acerca de cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- **Si llama antes de salir del hospital**, podrá permanecer allí después de su fecha programada de alta médica sin pagar la estadía mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, deberá pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.
- **Si no cumple con la fecha límite** para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección G4.

De un vistazo: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado al 1-888-524-9900 y pida una “revisión rápida”.

Llame antes de que le den de alta y antes de su fecha planificada de alta de hospital.

Queremos asegurarnos de que usted comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. También puede llamar a la Línea de Ayuda para Ancianos de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. El número de teléfono es 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327). La llamada y la ayuda son gratuitas.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Reciben pagos de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

Solicitar una “revisión rápida”

Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una **“revisión rápida”** de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted le pide a la organización que aplique los plazos rápidos para una apelación en lugar de usar los plazos estándares.

El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad pueden preguntarle a usted o a su representante, por qué considera usted que la cobertura debe continuar después de la fecha programada de alta médica. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores examinarán su expediente médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en un hospital.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá una carta que le proporciona su fecha programada de alta médica. La carta explica las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado que usted sea dado de alta en esa fecha.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



El término legal para esta explicación por escrito es **“Aviso Detallado de Alta”**. Usted puede obtener una muestra llamando al Servicio al Asegurado al número gratuito. 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). También puede consultar un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **acepta** su apelación, seguiremos cubriendo sus servicios hospitalarios por el tiempo que estos sean de necesidad médica.

¿Qué sucede si la respuesta es No?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación, su fecha de alta programada será la adecuada por razones médicas. Si esto ocurre, nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará el mediodía del día siguiente a recibir la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responde que **No**, y usted decide quedarse en el hospital, deberá pagar por la continuación de su estadía en el hospital. El costo por la atención hospitalaria que tendrá que pagar comenzará al mediodía del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le responda.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted continúa internado en el hospital después de su fecha de alta programada, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar una apelación de Nivel 2. Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechazó** su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO. Puede contactar a Livanta BFCC-QIO al: **1-888-524-9900**.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Dentro de los siguientes 14 días calendario de recibir su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

De un vistazo: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado al 1-888-524-9900 y solicite otra revisión.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Tendremos que reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de la apelación. Debemos continuar proporcionando cobertura para la atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea de necesidad médica.
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

Significa que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que usted reciba le informará cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

H. Qué hacer si cree que su atención médica en el hogar, atención de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral para pacientes no hospitalizados (CORF) terminan demasiado pronto

Esta parte describe solamente los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica en el hogar.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- La atención de rehabilitación que recibe como paciente no hospitalizado en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes no Hospitalizados (CORF, en inglés) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente o se está recuperando de una cirugía mayor.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene el derecho a continuar recibiendo los servicios incluidos durante el tiempo que el médico indica que los necesita.
 - Cuando tomamos una decisión de dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos comunicárselo antes de la terminación de los servicios. Cuando su cobertura por esa atención finaliza, dejaremos de pagar por su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se llama “Aviso de no cobertura de Medicare”. El aviso por escrito indica la fecha en la que detendremos su cobertura y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso escrito para demostrar que la recibió. Firmarlo **no** significa que usted está de acuerdo con el plan acerca de que es tiempo de dejar de recibir atención médica.

Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar.

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención médica

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Antes de comenzar la apelación, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con las fechas límite correspondientes a los trámites que debe realizar. También se establecen fechas límite que nuestro plan debe cumplir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección J le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Ayuda para Ancianos al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La llamada y la ayuda son gratuitas.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si se debe cambiar la decisión que tomamos. En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO. Puede contactar a Livanta BFCC-QIO al: 1-888-524-9900. También encontrará información sobre la apelación a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el Aviso de no cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando le informaron que dejaríamos de cubrir su atención.

¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Reciben pagos de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

¿Qué debe solicitar usted?

Pídales una “apelación rápida”. Esta es una revisión independiente para verificar si es adecuado por razones médicas que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

¿Cuál es su fecha límite para comunicarse con esta organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a más tardar al mediodía del día después de que usted haya recibido un aviso escrito informándole cuándo finalizaremos la cobertura de su atención médica.
- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente ante nosotros. A fin de obtener más detalles acerca de esta otra forma para presentar su apelación, consulte la Sección H4.

De un vistazo: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar al plan que continúe su atención médica

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado al 1-888-524-9900 y solicite una “apelación rápida”.

Llame antes de salir de la agencia o centro que está proporcionándole atención médica y antes de su fecha programada de alta médica.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



El término legal para el aviso escrito es **“Notificación de no cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O consulte la copia en línea <https://www.cms.gov/medicare/medicare-general-information/bni>

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante, por qué consideran que debería continuar la cobertura por los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Cuando solicita una apelación, el plan le debe enviar una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, donde explique por qué deben terminar los servicios.
- Los revisores también analizarán su expediente médico, consultarán con su médico y evaluarán la información que nuestro plan les ha entregado.
- **En el plazo de un día entero, después de haber recibido toda la información necesaria, los revisores le comunicarán a usted su decisión.** Usted recibirá una carta explicando la decisión.

El término legal de la carta en la que se explican los motivos de finalización de los servicios es **“explicación detallada de no cobertura”**.

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores **aprueban** su apelación, debemos continuar suministrando sus servicios incluidos durante el tiempo que sea de necesidad médica.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



¿Qué sucede si los revisores dicen No?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha indicada. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención.
- Si decide continuar recibiendo atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada o atención en un Centro de rehabilitación integral para pacientes no hospitalizados (CORF) después de la fecha en que finaliza su cobertura, usted mismo deberá pagar el costo total de esta atención médica.

H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención médica

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación **y** usted decide continuar recibiendo atención médica después de la finalización de la cobertura de su atención médica, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Durante la Apelación de nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverá a analizar la decisión que tomó en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, usted deberá pagar el costo total de su atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada, o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes no hospitalizados (CORF) prestados después de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO. Puede contactar a Livanta BFCC-QIO al: 1-888-524-9900. Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechazó** su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomará una decisión dentro de los siguientes 14 días calendario de recibir su solicitud de apelación.

De un vistazo: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para exigir que el plan cubra su atención por más tiempo

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado al 1-888-524-9900 y solicite otra revisión.

Llame antes de salir de la agencia o centro que está proporcionándole atención médica y antes de su fecha programada de alta médica.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta la apelación?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que terminaría la cobertura. Debemos continuar proporcionando cobertura de atención médica durante el tiempo que sea de necesidad médica.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza la apelación?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a la apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- La carta que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un juez.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

I. Llevar su apelación más allá del Nivel 2

I1. Próximos pasos que debe seguir para obtener artículos y servicios de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para artículos o servicios de Medicare, y ambas apelaciones han sido rechazadas, usted tendrá el derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de revisión independiente le dirá qué hacer si usted desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia del Juez de Derecho Administrativo (ALJ, en inglés). La persona que toma la decisión en una apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado mediador. Si usted desea que un ALJ o un abogado mediador revisen su caso, el artículo o servicio médico que usted está solicitando tiene que cumplir con un monto mínimo de dinero en dólares. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, usted puede solicitar que un ALJ o un abogado mediador escuchen su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del ALJ o del abogado mediador usted puede acudir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, usted tendrá el derecho de solicitar que un tribunal federal revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede comunicarse con la Línea de Ayuda para Personas Mayores de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. El número de teléfono es 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327). La llamada y la ayuda son gratuitas.

I2. Próximos pasos que debe seguir para obtener artículos y servicios de Medicaid

Usted también tiene más derechos de apelación, si su apelación es acerca de artículos o servicios que podrían estar incluidos por Medicaid.

Después de que su apelación de nivel 2 en la oficina de Audiencias Judiciales ante el Estado haya concluido, usted recibirá una decisión por escrito llamada "Decisión Administrativa Final". Esta decisión es tomada por el Director de la Agencia sobre la base

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

de las recomendaciones del Funcionario de Audiencia Imparcial. La oficina de audiencias le enviará a usted y a todos los interesados la decisión por escrito. Esta decisión se podrá revisar solo a través de los Tribunales de Circuito del Estado de Illinois. El tiempo que el tribunal permitirá para la presentación de dicha revisión puede ser de hasta 35 días después de la fecha de su decisión administrativa final.

J. Cómo presentar una queja

J1. Qué tipos de problemas deben abarcar las quejas

El procedimiento para quejas se usa para ciertos tipos de problemas únicamente, tales como problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera y servicio al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Quejas acerca de la calidad

- No está satisfecho con la calidad de la atención médica, como por ejemplo, la atención que recibió en el hospital.

Quejas acerca de la privacidad

- Piensa que una persona no respetó su derecho a la privacidad o compartió información suya que es confidencial.

Quejas sobre servicio al cliente deficiente

- Un proveedor de atención médica o asegurado del personal fue grosero o irrespetuoso con usted.
- El personal de Blue Cross Community MMAI lo trató mal.
- Cree que lo están presionando para salir del plan.

De un vistazo: Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna con nuestro plan o una queja externa con una organización que no esté vinculada a nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Asegurado o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. Para obtener más información, consulte la Sección J3.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Quejas sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los centros y los servicios de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda una adaptación razonable que necesita, como un intérprete de lengua de señas estadounidense.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Tiene problemas para concertar una cita o ha tenido que esperar demasiado para conseguirla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o del Servicio al Asegurado u otros miembros del personal del plan lo han tenido esperando demasiado tiempo.

Quejas sobre la limpieza

- Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Quejas sobre el acceso al idioma

- Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete durante la cita.

Quejas sobre las comunicaciones de nuestra parte

- Piensa que no le dimos un aviso o una carta que debió haber recibido.
- Cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones

- Cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Cree que, después de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con las fechas límite para aprobar o proporcionarle el servicio o reembolsarle por ciertos servicios médicos.
- Considera que no remitimos su caso a tiempo a la Entidad de Revisión Independiente.

El término legal para una “queja” es una **“inconformidad”**.

El término legal para “realizar una queja” es **“presentar una inconformidad”**.

¿Existen diferentes tipos de quejas?

Sí. Puede realizar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta a nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta a una organización que no está afiliada con nuestro plan y es revisada por esta. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a la Línea de Ayuda para Personas Mayores al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La llamada y la ayuda son gratuitas.

J2. Quejas internas

- Para presentar una queja interna, comuníquese con el Servicio al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. Puede presentar una queja en cualquier momento a menos que sea acerca de un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Parte D, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el cual quiere presentar una queja.

- Si hay algo más que necesite hacer, el Servicio al Asegurado se lo informará.
- También puede presentar la queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Si nos envía la queja por escrito, incluya la fecha y el lugar en que ocurrió el incidente, los nombres de las personas implicadas y los detalles de lo sucedido. Asegúrese de incluir su nombre y número de asegurado.

El término legal de “queja rápida” es “inconformidad acelerada”.

Si es posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama por una queja, podríamos darle una respuesta durante el mismo llamado. Si su condición requiere una respuesta rápida, se la daremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas dentro de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo, o si usted pide una extensión de tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Le informaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para resolver una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Si no estamos de acuerdo con alguna parte o la totalidad de su queja, le informaremos y le daremos nuestras razones. Le responderemos si estamos de acuerdo o no con la queja.

J3. Quejas externas

Puede informar a Medicare acerca de su queja

Puede enviar su queja a Medicare. El Formulario de Quejas de Medicare se encuentra disponible en el siguiente sitio: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma sus quejas en serio y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si usted tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Puede informarle al Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois acerca de su queja.

Para presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois, envíe un correo electrónico a Aging.HCOProgram@illinois.gov.

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si le parece que no se lo trató justamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre acceso por discapacidad o asistencia lingüística. El número de teléfono para la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede contactar a la Oficina de Derechos Civiles local al:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

233 N. Michigan Ave., Suite 240

Chicago, IL 60601

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

Teléfono de voz **(800) 368-1019**

FAX **(202) 619-3818**

TDD **(800) 537-7697**

También puede tener derechos conforme a la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades y bajo la Ley de Derechos Humanos de Illinois. Puede contactar a la Línea de Ayuda para Ancianos para asistencia de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. El número de teléfono es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.

Puede presentar una queja en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja se relaciona con la calidad del cuidado, usted también tiene dos opciones:

- Si usted lo prefiere, puede presentar su queja acerca de la calidad del cuidado directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (sin presentar la queja ante nosotros).
- O usted puede presentar su queja ante nosotros **y** ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si usted presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que les paga el Gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. Para averiguar más información acerca de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2, Sección F.

En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO. El número de teléfono para Livanta BFCC-QIO es 1-888-524-9900.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

Capítulo 10: Cómo terminar su calidad de asegurado en nuestro Medicare-Medicaid Plan

Introducción

En este capítulo, se indican las maneras en que puede terminar su calidad de asegurado en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de dejar el plan. Si se retira de nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medicaid, siempre que siga siendo elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *manual del asegurado*.

Tabla de contenido

A. Cuándo puede terminar su calidad de asegurado en nuestro Medicare-Medicaid Plan	253
B. Cómo terminar su calidad de asegurado en nuestro plan	254
C. Cómo unirse a un Medicare-Medicaid Plan diferente	255
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado.....	255
D1. Formas de obtener sus servicios Medicare	255
D2. Cómo obtener sus servicios Medicaid.....	258
E. Siga obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través del plan hasta que su calidad de asegurado haya terminado.....	258
F. Otras situaciones cuando acaba su calidad de asegurado.....	259
G. Reglas en caso de que se le solicite abandonar nuestro plan debido a algún motivo relacionado con la salud.....	260
H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su calidad de asegurado en nuestro plan.	260
I. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su calidad de asegurado en el plan	261

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

A. Cuándo puede terminar su calidad de asegurado en nuestro Medicare-Medicaid Plan

Puede solicitar la terminación de su calidad de asegurado en el plan Blue Cross Community MMAI Medicare-Medicaid en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage, inscribiéndose en otro Medicare-Medicaid Plan o cambiándose a Original Medicare.

Si quiere volver a recibir sus servicios de Medicare y Medicaid por separado:

- Su calidad de asegurado terminará el último día del mes que los Servicios de inscripción de clientes de Illinois o Medicare reciben su solicitud para cambiar el plan. La cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si los Servicios de inscripción de clientes de Illinois Medicare reciben su solicitud el 18 de enero, su cobertura nueva comenzará el 1 de febrero.

Si quiere cambiarse a un Medicare-Medicaid Plan diferente:

- Si solicitó cambiar de planes antes del día 18 del mes, su calidad de asegurado terminará el último día de ese mismo mes. La cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si los Servicios de inscripción de clientes de Illinois recibieron su solicitud el 6 de agosto, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1 de septiembre.
- Si usted solicita cambiar de planes después del día 18 del mes, su calidad de asegurado terminará el último día del mes siguiente. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente a ése. Por ejemplo, si los Servicios de inscripción de clientes de Illinois recibieron su solicitud el 24 de agosto, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1 de octubre.

Si se va de nuestro plan, puede obtener información acerca de:

- Las opciones de Medicare en la tabla de la Sección D1.
- Los servicios de Medicaid en la tabla de la Sección D2.

Puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su calidad de asegurado llamando a:

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Los Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois al 1-877-912-8880, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576.
- El Programa de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada (SHIP) al 1-800-252-8966 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.
- 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.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiarse de plan. Consulte el Capítulo 5 de su Manual del Asegurado para obtener información sobre los programas de control de medicamentos.

B. Cómo terminar su calidad de asegurado en nuestro plan

Si decide terminar su calidad de asegurado, informe a Medicaid o Medicare que quiere abandonar Blue Cross Community MMAI:

- Llame a Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois al 1-877-912-8880 de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-866-565-8576; **O**
- 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 (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro seguro de gastos médicos o de medicamentos de Medicare. En la tabla de la Sección D1 hay más información sobre cómo obtener sus servicios Medicare cuando abandone nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



C. Cómo unirse a un Medicare-Medicaid Plan diferente

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos en un solo plan, usted puede inscribirse a otro Medicare-Medicaid Plan.

Para inscribirse en otro Medicare-Medicaid Plan:

- Llame a Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois al 1-877-912-8880 de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígalos que desea abandonar Blue Cross Community MMAI e inscribirse en un Medicare-Medicaid Plan diferente. Si no sabe en qué plan desea inscribirse, ellos le pueden informar sobre otros planes disponibles en el área.
- Si los Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois reciben su solicitud antes del día 18 del mes, su cobertura con Blue Cross Community MMAI terminará el último día de ese mismo mes. Si los Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois reciben su solicitud después del día 18 del mes, su cobertura con Blue Cross Community MMAI terminará el último día del mes siguiente. Consulte la Sección A anterior para obtener más información sobre cuándo puede terminar su calidad de asegurado.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado

Si no desea inscribirse en otro Medicare-Medicaid Plan después de cancelar su inscripción en Blue Cross Community MMAI, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Medicaid por separado.

D1. Formas de obtener sus servicios Medicare

Usted podrá decidir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente terminará su calidad de asegurado en nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



1. Puede cambiarse a: Un seguro de gastos médicos de Medicare, como, por ejemplo, un Plan Medicare Advantage o un Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE)	Esto es lo que tiene que hacer: 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. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas. Su inscripción en Blue Cross Community MMAI se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
2. Puede cambiarse a: Original Medicare con un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado	Esto es lo que tiene que hacer: 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. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada (SHIP) al

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

	1-800-252-8966 de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas. Su inscripción en Blue Cross Community MMAI se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare.
3. Puede cambiarse a: Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado NOTA: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare podría inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no se quiere inscribir. Usted solo debe abandonar la cobertura para medicamentos con receta si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada (SHIP) al 1-800-252-8966. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.	Esto es lo que tiene que hacer: 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. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Seguros Médicos para Personas de Edad Avanzada (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas. Su inscripción en Blue Cross Community MMAI se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

D2. Cómo obtener sus servicios Medicaid

Si abandona el Medicare-Medicaid Plan, obtendrá sus servicios de Medicaid ya sea a través del arancel por servicio o se le exigirá que se inscriba en el Programa de Servicios y Apoyos a Largo Plazo Administrados (MLTSS) de HealthChoice Illinois para obtener sus servicios de Medicaid.

Si no está internado en un centro de servicios de enfermería ni está inscrito en un programa de Exención de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCBS), continuará recibiendo sus servicios de Medicaid a través de cobro por servicio. Puede acudir a cualquier proveedor que acepte Medicaid y pacientes nuevos.

Si está en un centro de servicios de enfermería o está inscrito en un programa de exención HCBS, puede necesitar inscribirse en el programa MLTSS de HealthChoice Illinois para obtener sus servicios Medicaid.

Para elegir un seguro de gastos médicos MLTSS de HealthChoice Illinois, puede llamar a Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois al 1-877-912-8880, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígales que desea abandonar Blue Cross Community MMAI e inscribirse en un seguro de gastos médicos MLTSS de HealthChoice Illinois.

Si no elige un seguro de gastos médicos de Servicios y Apoyos a Largo Plazo Manejado (MLTSS) por HealthChoice Illinois, se le asignará al seguro de gastos médicos MLTSS de HealthChoice de Illinois de nuestra compañía.

Después de que se inscriba en un seguro de gastos médicos MLTSS de HealthChoice Illinois, tendrá 90 días para cambiarse a otro seguro de gastos médicos MLTSS de HealthChoice Illinois.

Recibirá una tarjeta de asegurado nueva, un *Manual del Asegurado* nuevo e información acerca de cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias* de su seguro de gastos médicos MLTSS de HealthChoice Illinois.

E. Siga obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través del plan hasta que su calidad de asegurado haya terminado

Si abandona Blue Cross Community MMAI, podría pasar algún tiempo antes de que termine su calidad de asegurado y comience su cobertura nueva de Medicare y Medicaid.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Durante este tiempo, continúe recibiendo los medicamentos con receta y la atención médica a través de nuestro plan.

- Acuda a los proveedores que forman parte de la red para recibir atención médica.
- **Acuda a las farmacias que forman parte de la red, incluso a través de los servicios de farmacia de entrega a domicilio, para surtir sus recetas médicas.**
- **Si lo hospitalizan el día en que finaliza su calidad de asegurado de Blue Cross Community MMAI, nuestro plan cubrirá su estadía en un hospital hasta que le den el alta.** Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den de alta.

F. Otras situaciones cuando acaba su calidad de asegurado

Estos son los casos en los que Blue Cross Community MMAI deberá terminar su calidad de asegurado en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Nuestro plan es para personas que pueden ser elegibles para recibir los beneficios del programa para ambos, Medicare y Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicios.
- Si se muda fuera del área de servicio por un período superior a seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, usted tiene que llamar al Servicio al Asegurado a fin de averiguar si el lugar adonde se muda o viaja está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si lo encarcelan.
- Si miente o retiene información sobre un plan médico adicional que usted tenga para medicamentos con receta.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no está presente de manera legal en los Estados Unidos.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de manera legal en los Estados Unidos para ser asegurado de nuestro plan.
- En función de eso, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para permanecer como asegurado.
- Tendremos que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.

Podremos hacer que abandone nuestro plan por los siguientes motivos, solamente si primero recibimos permiso de Medicare y Medicaid:

- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros asegurados del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de asegurado para obtener atención médica.
 - Si ponemos fin a su calidad de asegurado por este motivo, Medicare podría pedir que el Inspector General investigue el caso.

G. Reglas en caso de que se le solicite abandonar nuestro plan debido a algún motivo relacionado con la salud

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, usted debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También debe llamar a la Línea Directa de Beneficios de Salud del Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois al 1-800-226-0768, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.

H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su calidad de asegurado en nuestro plan

Si finalizamos su calidad de asegurado en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una inconformidad o queja sobre nuestra decisión de finalizar su calidad de asegurado. También puede consultar el Capítulo 9, Sección C, para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



I. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su calidad de asegurado en el plan

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo podemos terminar su calidad de asegurado, puede comunicarse con el Servicio al Asegurado al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

En este capítulo se incluyen las notificaciones legales que aplican a su calidad de asegurado en Blue Cross Community MMAI. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Asegurado*.

Tabla de contenido

A. Aviso sobre las leyes	263
B. Aviso sobre la no discriminación	263
C. Aviso sobre Blue Cross Community MMAI como pagador secundario	263
C1. El derecho de subrogación de Blue Cross Community MMAI	264
C2. Derecho de reembolso de Blue Cross Community MMAI	264
C3. Sus responsabilidades	264
D. Confidencialidad del paciente y aviso de las normas de privacidad	265

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



A. Aviso sobre las leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este *Manual del Asegurado*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre la no discriminación

Toda compañía o agencia que trabaje con Medicare y Medicaid debe cumplir con las leyes que lo protegen contra actos de discriminación y trato injusto. No lo discriminaremos ni trataremos de manera diferente debido a su edad, experiencia de reclamación, color, etnia, prueba de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, antecedentes médicos, discapacidad mental o física, nacionalidad, raza, religión, sexo ni orientación sexual.

Si tiene inquietudes o desea obtener más información sobre la discriminación o el trato injusto:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles local al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicio al Asegurado. Si tiene alguna queja, por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, el Servicio al Asegurado puede ayudarlo.

C. Aviso sobre Blue Cross Community MMAI como pagador secundario

A veces alguna otra persona tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos a usted. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización laboral tiene que pagar primero.

Blue Cross Community MMAI tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar el pago por los servicios incluidos cuando otra persona o entidad tenga que pagar primero.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

C1. El derecho de subrogación de Blue Cross Community MMAI

La subrogación es el proceso por el que Blue Cross Community MMAI obtiene la devolución del costo total o parcial de su atención médica de otra compañía aseguradora. Estos son ejemplos de otros seguros:

- El seguro de su vehículo de motor o el seguro de propiedad de su casa
- El seguro de su vehículo de motor o el seguro de propiedad de una casa de una persona que le haya causado una enfermedad o lesión
- Indemnización laboral

Si una compañía de seguros que no sea Blue Cross Community MMAI debe pagar los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, Blue Cross Community MMAI tiene derecho a pedir que esa aseguradora nos pague a nosotros. A menos que la ley exija otra cosa, la cobertura de Blue Cross Community MMAI bajo esta póliza será secundaria cuando un plan médico adicional, incluido otro plan de seguro, le proporcione a usted cobertura de servicios de atención médica.

C2. Derecho de reembolso de Blue Cross Community MMAI

Si usted obtiene dinero por algún litigio o acuerdo judicial por una enfermedad o lesión, Blue Cross Community MMAI tiene derecho a pedirle que reintegre el costo de los servicios incluidos que nosotros pagamos. No podemos hacer que usted nos pague más del monto de dinero que recibió de la demanda o el acuerdo.

C3. Sus responsabilidades

Como asegurado de Blue Cross Community MMAI, acepta realizar lo siguiente:

- Avisarnos de cualquier situación que pueda afectar los derechos de subrogación o reembolso de Blue Cross Community MMAI.
- Cooperar con Blue Cross Community MMAI cuando solicitemos información y asistencia en la coordinación de beneficios, subrogación o reembolso.
- Firmar documentos para ayudar a Blue Cross Community MMAI con sus derechos de subrogación y reembolso.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



- Autorizar a Blue Cross Community MMAI para que investigue, solicite y revele la información necesaria para efectuar tareas de coordinación de beneficios, subrogación y reembolso en el grado que lo permitan las leyes.
- Pagar a Blue Cross Community MMAI los montos recuperados a través de un litigio, acuerdo o por otro medio relacionado con cualquier tercero o su compañía aseguradora al grado de los beneficios proporcionados bajo la cobertura, hasta el valor de dichos beneficios.

Si usted no está dispuesto a ayudarnos, es posible que tenga que reintegrarnos nuestros costos, incluyendo los honorarios razonables de abogados, para hacer valer nuestros derechos bajo este plan.

D. Confidencialidad del paciente y aviso de las normas de privacidad

Nos aseguraremos de que toda la información, registros, datos y elementos de datos relacionados con usted, usados por nuestra organización, empleados, subcontratistas y asociados comerciales, se protegerán contra la divulgación no autorizada, en conformidad con 305 ILCS 5/11-9, 11-10 y 11-12; 42 USC 654(26); 42 CFR Parte 431, Subsección F; y 45 CFR Parte 160 y 45 CFR Parte 164, Subsecciones A y E.

Estamos obligados por ley a proporcionarle un aviso que describa la forma en que se puede usar y divulgar su información médica, y la forma en que puede obtener esta información. Por favor, lea cuidadosamente este Aviso de prácticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio al Asegurado al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, llame al Servicio al Asegurado o visite el sitio web en bcbsil.com/mmai.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave usados en el *Manual del Asegurado* junto con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye la definición, comuníquese con Servicio al Asegurado.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.

Actividades de la vida diaria: Lo que hace la gente en un día normal, como por ejemplo, comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Ayuda pagada pendiente: Puede seguir recibiendo sus beneficios mientras esté esperando una decisión sobre una apelación o una audiencia imparcial. Esta cobertura continua se llama “ayuda pagada pendiente”.

Centro quirúrgico para pacientes no hospitalizados: Un centro que proporciona cirugía para pacientes no hospitalizados a pacientes que no necesitan cuidado en el hospital y que no anticipan necesitar más de 24 horas de atención médica.

Apelación: Una manera de cuestionar nuestra acción si usted cree que hemos cometido un error. Usted puede presentar una apelación para pedirnos cambiar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluyendo cómo presentar una apelación.

Producto biológico: Un medicamento con receta que se fabrica a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares generalmente funcionan igual, y son igual de seguros, que los productos biológicos originales.

Biosimilar: Medicamento con receta 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, por lo general, requieren una nueva receta médica para reemplazar al producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta médica, sujeto a las leyes estatales.

Medicamento de marca: Un medicamento con receta que lo fabrica y lo vende la compañía que creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos están hechos por otras compañías farmacéuticas.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Coordinador de servicios médicos: La persona principal que trabaja con usted, con el seguro de gastos médicos y con sus proveedores de cuidado, para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita.

Plan de cuidado: Un plan preparado por usted y su coordinador de servicios médicos, que describe las necesidades médicas, de salud conductual, sociales y funcionales que usted tiene, e identifica metas y servicios para atender esas necesidades.

Equipo de cuidado: Un equipo de cuidados, encabezado por un coordinador de servicios médicos, que puede incluir médicos, enfermeras, consejeros y otros profesionales que están ahí para ayudarle a formar un plan de cuidados y asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita.

Etapas de Cobertura para Casos Catastróficos: La etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D donde el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Comienza esta etapa cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$2,000 para medicamentos incluidos en la Parte D durante el año. Usted no paga nada.

Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, en inglés): La agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

Queja: Una declaración escrita o verbal que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre su cuidado o servicios incluidos. Esto incluye cualquier duda sobre la calidad de su cuidado, los proveedores que forman parte de la red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “hacer una queja” es “presentar una inconformidad”.

Centro de Rehabilitación Integral Pacientes No Hospitalizados (CORF, en inglés): Un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia para la respiración, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos incluidos o el monto que pagaremos por sus servicios de atención médica. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Medicamentos incluidos: El término que usamos para describir todos los medicamentos con receta incluidos por nuestro plan.

Servicios incluidos: El término general que usamos cuando hablamos de toda la atención de salud servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamento con receta y de venta libre, equipos y otros servicios que incluye nuestro plan.

Capacitación en entendimiento cultural: Capacitación que proporciona instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar servicios y cumplir con sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Cancelación de inscripción: El proceso de terminar su calidad de asegurado en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

Niveles de pago por medicamento: Grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca, de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de pago por medicamento. Cada medicamento de la Lista de medicamentos está dentro de uno de los niveles.

Equipo médico duradero (DME, en inglés): Algunos artículos que su médico ordena para que usted los use en casa. Algunos ejemplos de estos elementos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una afección médica que una persona prudente que no es profesional, pero tiene un conocimiento promedio de salud y medicina creería que es tan grave que si no se recibe atención médica inmediata, podría conducir a la muerte; a la disfunción grave de un órgano o de una parte; o a daños en la función de una parte del cuerpo; o en el caso de una mujer embarazada, poner en grave riesgo la salud física o mental de ella o de su bebé nonato. Algunos de los síntomas de una emergencia incluyen dolor intenso, dificultad para respirar o sangrado sin control.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Atención médica de emergencia: Servicios incluidos necesarios para tratar una emergencia médica, prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que por lo general no está incluido o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Beneficio Adicional: Programa Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus gastos de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. A este programa de Beneficio Adicional también se lo conoce como “Subsidio de bajos recursos” o “LIS”.

Audiencia imparcial: Una oportunidad para que usted describa su problema en un tribunal y demuestre que una decisión que tomamos no es correcta.

Medicamento genérico: Un medicamento con receta aprobado por el Gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Inconformidad: Una queja que usted hace acerca de nosotros o acerca de alguno de las farmacias o proveedores que forman parte de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención médica.

Seguro de gastos médicos: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de servicios médicos para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

Evaluación de salud: Revisión del historial clínico de un inscrito y su condición médica actual. Se usa para determinar la salud del paciente y los cambios que podría experimentar en el futuro.

Asistencia médica en el hogar: Una persona que proporciona servicios que no requieren de la destreza de un terapeuta o enfermera autorizados, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los asistentes de atención médica a domicilio no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Centro de cuidado paliativo: Un programa de atención y apoyo para ayudar a personas que tienen un pronóstico terminal a mejorar su calidad de vida. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Un inscrito que tenga un pronóstico terminal tiene el derecho de elegir cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitado proporciona cuidado para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Blue Cross Community MMAI debe proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos disponibles en su área.

Facturación inapropiada o inadecuada: Situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura servicios por un monto mayor que el de gastos compartidos del plan. Muestre su tarjeta de asegurado de Blue Cross Community MMAI cuando obtenga cualquier servicio o receta médica. Llame al Servicio al Asegurado si recibe alguna factura que no entienda.

Puesto que Blue Cross Community MMAI paga todo el costo de sus servicios, usted no debe nada de gastos compartidos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Paciente internado: Un término usado cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital, para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fue internado formalmente, podría ser considerado aún como paciente no hospitalizado y no como paciente internado, aunque pase la noche en el hospital.

Biosimilar intercambiable: Biosimilar que se puede usar como sustituto en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica, ya que cumple con los requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos incluidos (Lista de medicamentos): Una Lista de medicamentos con receta incluidos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le dice si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se llama “formulario”.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, en inglés): Los apoyos y servicios médicos a largo plazo incluyen atención médica a largo plazo y servicios de exención basados en el hogar y en la comunidad (HCBS). Los programas de exención de HCBS pueden ofrecer servicios que lo ayudarán a permanecer en su hogar y en la comunidad.

Subsidio de bajos recursos (LIS, en inglés): Consulte “Beneficio Adicional”.

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa operado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar los gastos médicos y de los servicios y apoyos a largo plazo.

- Incluye servicios y medicamentos adicionales sin cobertura de Medicare.
- Los programas Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran incluidos si usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

De necesidad médica: Esto describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a un hogar de servicios de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas o, de otro modo, son necesarios conforme a las reglas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Illinois.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente, aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención médica administrada (consulte el “seguro de gastos médicos”).

Plan Medicare Advantage: Un programa Medicare, también conocido como “Medicare Parte C” o “Planes MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios incluidos por Medicare: Servicios incluidos de Medicare Parte A y B. Todos los seguros de gastos médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están incluidos en Medicare Parte A y Parte B.

Inscrito en Medicare-Medicaid: Una persona elegible para cobertura de Medicare y de Medicaid. Un inscrito en Medicare-Medicaid también se llama “persona con doble elegibilidad”.

Medicare Parte A: El programa Medicare que incluye la mayor parte de la atención de necesidad médica en el hospital, centro de enfermería especializada, atención médica a domicilio y centro de cuidados paliativos.

Medicare Parte B: El programa Medicare que incluye servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) de necesidad médica para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también incluye muchos servicios de prevención y exámenes de detección.

Medicare Parte C: El programa Medicare que permite a las compañías de seguro médico privadas proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan de salud llamado Medicare Advantage.

Medicare Parte D: El programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar). La Parte D incluye medicamentos con receta, vacunas y algunos suministros para pacientes no hospitalizados que no tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B, ni de Medicaid. Blue Cross Community MMAI incluye Medicare Parte D.

Medicamentos de Medicare Parte D: Los medicamentos que pueden estar incluidos bajo Medicare Parte D. El congreso específicamente excluyó ciertas categorías de medicamentos de nuestra cobertura como Medicamentos Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos.

Asegurado (asegurado de nuestro plan o asegurado del plan): beneficiario de Medicare y Medicaid que es elegible para recibir servicios incluidos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), como así también el estado.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Manual del Asegurado y Divulgación de Información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y todos los anexos o cláusulas que explican su cobertura, nuestras responsabilidades, sus derechos y responsabilidades como asegurado de nuestro plan.

Servicio al Asegurado: Un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre su calidad de asegurado, beneficios, inconformidades y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Servicio al Asegurado.

Farmacia de la red: Una farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas médicas a asegurados de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta médica están incluidos solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor que forma parte de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeros y otras personas que brindan servicios y atención médica. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le dan a usted servicios de atención médica, equipo médico, así como servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores que forman parte de la red” cuando aceptan trabajar con el seguro de gastos médicos, aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros asegurados ningún monto adicional.
- Mientras sea asegurado de nuestro plan, deberá acudir a los proveedores que forman parte de la red para obtener los servicios incluidos. A los proveedores que forman parte de la red también se los llama “proveedores del plan”.

Centro u hogar de servicios de enfermería: Un lugar que proporciona cuidados a las personas que no pueden recibirlos en su hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Defensor del consumidor: Una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si usted tiene un problema o queja, y pueden ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios del defensor del consumidor son gratuitos.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Puede encontrar más información acerca del defensor del consumidor en el Capítulo 2 y 9 de este manual.

Determinación de la organización: El plan tomó una determinación como organización cuando este o uno de sus proveedores toman una decisión acerca de si los servicios están incluidos o cuánto usted tiene que pagar por los servicios incluidos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura” en este manual. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Producto biológico original: Un producto biológico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que sirve como comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de cobro por servicio): El gobierno ofrece Original Medicare. Bajo Original Medicare, sus servicios Medicare están incluidos al pagar a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos que fija el Congreso.

- Puede recurrir a cualquier doctor, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, usted puede elegir Original Medicare.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos incluidos a los asegurados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no tienen cobertura de nuestro plan, salvo que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor que no forma parte de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no es nuestro empleado, ni de nuestra propiedad, ni es operado por nuestro plan y no está contratado para proporcionar servicios incluidos a los asegurados de nuestro plan. El Capítulo 3 explica los centros o proveedores que no forman parte de la red.

Medicamentos de venta libre (OTC, en inglés): Los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta médica de un profesional de la salud.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Parte A: Consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: Consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: Consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: Consulte “Medicare Parte D”.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de Medicare Parte D”.

Información Médica Personal (también llamada Información Médica Protegida [PHI, en inglés]): Información acerca de usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico y antecedentes médicos. Consulte la Aviso de Prácticas de Privacidad de Blue Cross Community MMAI para obtener más información acerca de cómo Blue Cross Community MMAI protege, usa y divulga su PHI, y cuáles son sus derechos con respecto a la PHI.

Profesional de la salud primaria (PCP): su profesional de la salud primaria es el doctor u otro proveedor al que usted recurre primero para la mayoría de sus problemas de salud.

- Se asegura de que reciba el cuidado que necesita para mantenerse saludable. Esta persona también puede hablar con otros doctores y proveedores de atención médica sobre su cuidado y remitirlo a ellos.
- En muchos seguros de gastos médicos de Medicare, debe consultar a su profesional de la salud primaria antes de recurrir a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener más información acerca de cómo obtener cuidados de profesionales de la salud primaria.

Autorización previa (PA, en inglés): Aprobación de Blue Cross Community MMAI que debe obtener antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específico, o acudir a un proveedor que no forma parte de la red. Blue Cross Community MMAI podría no cubrir el servicio o medicamento si no obtiene una aprobación.

Algunos servicios médicos de la red están incluidos solamente si su médico u otro proveedor que forma parte de la red obtienen la PA de nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



- Los servicios incluidos que necesitan PA están señalados en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

Algunos medicamentos están incluidos solamente si usted obtiene PA de nuestra parte.

- Los medicamentos incluidos que necesitan PA están marcados en la *Lista de medicamentos incluidos* y las reglas están publicadas en el sitio web del plan.

Prótesis y ortótica: Estos son dispositivos médicos pedidos por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos incluidos incluyen, sin limitación, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención de personas con Medicare. El gobierno federal les paga para que controlen y mejoren el cuidado que se da a los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Cantidades límite: Un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Es posible que se impongan límites en la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta médica.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna y clínicamente apropiada sobre la lista de medicamentos incluidos y los beneficios específicos del inscrito. Esto incluye montos de gastos compartidos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma afección de salud que un medicamento dado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, cantidades límite) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Referido: Un referido significa que su profesional de la salud primaria (PCP) debe darle la aprobación antes de poder recibir la atención de alguien que no sea su PCP. Si usted no recibe la aprobación, Blue Cross Community MMAI no podrá cubrir los servicios. No necesita un referido para algunos especialistas, como los de salud de la mujer. Puede encontrar más información acerca de referidos en el Capítulo 3 y acerca de servicios que requieren referidos en el Capítulo 4.

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.



Servicios de rehabilitación: Tratamiento que usted recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el Capítulo 4 para averiguar más acerca de los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: Un área geográfica en la cual un seguro de gastos médicos acepta asegurados, si limita la calidad de asegurado según dónde vivan las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, por lo general, también es el área donde puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Blue Cross Community MMAI.

Centro de enfermería especializada (SNF, en inglés): Un centro de servicios de enfermería con personal y equipo que da atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de atención médica relacionados.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF, en inglés): Servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar un enfermero profesional o un médico.

Especialista: Un médico que provee servicios de atención de salud para una enfermedad específica o parte del cuerpo.

Agencia Medicaid del estado: El Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois.

Terapia escalonada: una regla de cobertura que le exige que primero pruebe otro medicamento antes de que incluyamos el medicamento que está pidiendo.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y con recursos limitados que tienen alguna discapacidad, ceguera o son mayores de 65 años. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Atención médica inmediata: Atención que recibe para una enfermedad, lesión o condición imprevistas que no es una emergencia pero que necesita atención médica de inmediato. Puede recibir atención médica inmediata de proveedores que no forman parte de la red o no puede acceder a ellos porque, dado su tiempo, lugar o circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores que forman parte de la red (por ejemplo, cuando usted está fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos de necesidad médica para una condición invisible pero no es una emergencia médica).

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora



Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.bcbsil.com/mmai.

Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI

LLAME AL	1-877-723-7702 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. El Servicio al Asegurado también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés (English).
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable.
ESCRÍBANOS	Blue Cross Community MMAI C/O Member Services P.O. Box 3836 Scranton, PA 18505
SITIO WEB	bcbsil.com/mmai

Si tiene preguntas, llame a Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 y TTY: 711. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.bcbsil.com/mmai.



Blue Cross and Blue Shield of Illinois cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Blue Cross and Blue Shield of Illinois no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

- Proporciona apoyo y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera efectiva, tales como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes capacitados en lengua de señas.
 - Materiales escritos en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés (English), como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of Illinois no proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad mediante la siguiente información de contacto: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960. Puede presentar una inconformidad por teléfono, correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, un coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina para los Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, por correo o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

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 1-877-723-7702 (TTY: 711). 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 1-877-723-7702 (TTY: 711). 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 1-877-723-7702 (TTY: 711)。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 1-877-723-7702 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877- 723-7702 (TTY: 711). 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 1-877-723-7702 (TTY: 711). 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 1-877-723-7702 (TTY: 711) 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 1-877-723-7702 (TTY: 711). 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 1-877-723-7702 (TTY: 711)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 1-877-723-7702 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-723-7702 (TTY: 711) سيقوم شخص ما بتحدث 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 1-877-723-7702 (TTY: 711) 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 1-877-723-7702 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-723-7702 (TTY: 711). 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- 877-723-7702 (TTY: 711). 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- 877-723-7702 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-723-7702 (TTY: 711)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。